



**ENSP**  
ÉCOLE NATIONALE DE  
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

---

**DIRECTEUR DES SOINS**

Promotion **2007**

Date du jury : **Septembre 2007**

---

**L'adaptation des postes de travail des  
soignants à leur état de santé :  
l'implication du directeur des soins**

---

**Pascal GAILLARD**

---

# Remerciements

---

Je remercie l'ensemble des personnes qui ont contribué à l'élaboration de ce mémoire.

---

# Sommaire

---

<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>1</b>
<b>1 LE CONTEXTE NATIONAL .....</b>	<b>7</b>
<b>1.1 Aspects législatifs et réglementaires.....</b>	<b>7</b>
1.1.1 Le statut des fonctionnaires.....	7
1.1.2 Les inaptitudes pour raisons médicales.....	8
<b>1.2 Conditions de travail et état de santé des soignants .....</b>	<b>12</b>
1.2.1 Caractéristiques de la population soignante.....	12
1.2.2 Insatisfaction au travail et état de santé des soignants.....	13
1.2.3 Les troubles de la santé des soignants .....	15
1.2.4 Les répercussions des troubles de la santé au travail .....	17
<b>2 LA REPONSE APPORTEE DANS DEUX ETABLISSEMENTS.....</b>	<b>19</b>
<b>2.1 Les politiques et stratégies d'établissement.....</b>	<b>19</b>
2.1.1 Présentation des établissements.....	19
2.1.2 La politique sociale en faveur de l'aptitude au poste de travail.....	21
2.1.3 Les troubles de la santé des soignants .....	24
<b>2.2 Le niveau opérationnel du dispositif .....</b>	<b>28</b>
2.2.1 Les perceptions de la problématique .....	29
2.2.2 Le signalement.....	30
2.2.3 L'analyse et les propositions.....	31
2.2.4 L'aménagement du poste de travail d'origine .....	32
2.2.5 Le suivi et l'évaluation.....	33
<b>3 LES PRECONISATIONS DU DIRECTEUR DES SOINS.....</b>	<b>35</b>
<b>3.1 Les préconisations au niveau politique et stratégique .....</b>	<b>35</b>
3.1.1 Le projet social.....	35
3.1.2 La nouvelle gouvernance .....	37
3.1.3 Le projet de soins infirmiers, de rééducations et médico-techniques.....	38
<b>3.2 Un dispositif dédié .....</b>	<b>41</b>
3.2.1 Une commission dédiée.....	41
3.2.2 Un référent dédié.....	41
3.2.3 L'implication du directeur des soins dans ce dispositif.....	42

<b>3.3</b>	<b>Le processus d'adaptation des postes de travail.....</b>	<b>42</b>
3.3.1	Le signalement.....	42
3.3.2	L'analyse.....	45
3.3.3	L'aménagement de poste .....	46
3.3.4	Le suivi et l'évaluation .....	48
<b>3.4</b>	<b>Certification et Evaluation des Pratiques Professionnelles.....</b>	<b>49</b>
3.4.1	Une dynamique institutionnelle d'amélioration continue de la qualité .....	49
3.4.2	L'Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) .....	49
<b>Conclusion.....</b>		<b>51</b>
<b>Sources et Bibliographie .....</b>		<b>53</b>
<b>Liste des annexes .....</b>		<b>I</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

**ANACT** : Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail

**ANMTEPH** : Association Nationale de Médecine du Travail et d'Ergonomie du Personnel des Hôpitaux

**AS** : Aide-Soignant

**ARH** : Agence Régionale de l'Hospitalisation

**ASH**: Agent Service Hospitalier

**CE**: Conseil Exécutif

**CHSCT** : Comité d'Hygiène de Sécurité et des Conditions de travail

**CIH** : Classification Internationale des Handicaps

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

**CSP** : Code de la Santé Publique

**CTE** : Comité Technique d'Etablissement

**DHOS** : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins

**DREES** : Direction de la recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

**DRH** : Directeur des Ressources Humaines

**DS** : Directeur des Soins

**EPP** : Evaluation des Pratiques Professionnelles

**EPRD** : Etat des Prévisions de Recettes et de Dépenses

**FMES** : Fonds de Modernisation des Etablissements de Santé

**GPEC** : Gestion Prévisionnelle des Emplois et Compétences

**IDE** : Infirmier Diplômé d'Etat

**IFSI** : Institut de Formation en Soins Infirmiers

**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé

**PAPRI Pact** : Programme d'Action de Prévention des Risques Professionnels d'Amélioration des Conditions de Travail

**PRESST/NEXT** : Promouvoir en Europe Santé et satisfaction des Soignants au Travail/Nurses Early Exit Study

**SICS** : Service Infirmier de Compensation et de Suppléance

**SROS** : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire

**T2A** : Tarification à l'Activité

**TMS** : Troubles Musculo-Squelettiques

« Comment peut-il se faire qu'une différence unique et de hasard inscrite dans le corps d'un homme, annule et fasse disparaître toutes ses autres qualités de caractère ou de fortune »

Shakespeare (*Hamlet*)

## INTRODUCTION

Les pouvoirs publics ont lancé le plan de santé au travail 2005-2009. Le rapport entre l'état de santé des salariés et la performance des entreprises conjugue une dimension sociale et économique. Ce lien interroge les dirigeants sur leur politique de gestion des ressources humaines dans une période socio-économique difficile. La recherche de productivité et de qualité du secteur privé, comme du secteur public, remet dans certains cas en question l'aptitude du salarié à effectuer des tâches devenues plus contraignantes. Ce phénomène est particulièrement marqué chez les personnes dont l'état de santé se dégrade suite à un accident ou une maladie d'origine professionnelle ou non. Le vieillissement de la population active lié au papy-boom et à la réforme des retraites<sup>1</sup> accentue cette tendance. L'un des objectifs du plan de santé au travail est de repenser l'aptitude des professionnels dans des perspectives de maintien à l'emploi tout au long de la vie professionnelle. L'aptitude à occuper leur poste de travail se pose pour environ 5% des salariés suivis par les médecins du travail<sup>2</sup>. La fonction publique hospitalière<sup>3</sup> se situe au même niveau.

Avec 742052<sup>4</sup> agents titulaires non médicaux, la fonction publique hospitalière se trouve donc au cœur de cette problématique. L'environnement externe et interne des établissements publics est en pleine mutation.

Le plan hôpital 2007 a lancé quatre grandes réformes pour adapter les établissements aux exigences du contexte socio-économique.

---

<sup>1</sup> Loi n° 2003-775 du 21 août 2003 portant réforme des retraites

<sup>2</sup> Bilan 1998 de la médecine du travail (Sources ministère de l'emploi et de la solidarité), in « *Le maintien à l'emploi en questions* », Editions ENSP, 2000

<sup>3</sup> Chiffre communiqué au congrès 2005 de l'Association Nationale de Médecine du Travail et d'Ergonomie du Personnel des Hôpitaux (ANMTEPH), [www.anmtph.fr](http://www.anmtph.fr)

<sup>4</sup> Observatoire de l'emploi public, rapport annuel 2004-2005 (effectifs année 2003), [www.fonction-publique.gouv.fr](http://www.fonction-publique.gouv.fr)

Les Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire de troisième génération (SROS<sup>5</sup>) visent à ajuster l'offre de soins aux besoins de santé de la population. La complémentarité et la concurrence observées entre établissements publics et privés, mais également au sein du secteur public, structurent l'organisation sanitaire régionale.

La nouvelle gouvernance<sup>6</sup> impulse une dynamique de décloisonnement des services et de responsabilisation des acteurs afin de rendre plus performants les hôpitaux.

La tarification à l'activité (T2A<sup>7</sup>) et l'Etat des Prévisions de Recettes et de Dépenses (EPRD) instaurent un financement dans lequel l'activité détermine les ressources des établissements publics de santé.

La certification (V2) et l'Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) développent une amélioration continue de la qualité et la sécurité des soins dans une logique de résultats. Le plan hôpital 2012 poursuit cette dynamique.

Ce nouveau paradigme prend une dimension particulière dans un secteur d'activité où la principale richesse mais aussi le premier poste de dépenses est constitué par des ressources humaines. Selon les spécialités, les hôpitaux consacrent entre 70 à 85% de leurs budgets à la rémunération des personnels.

Ce capital humain en terme de compétences et de savoir-faire s'avère particulièrement sensible à ce changement de contexte.

Un rapport de l'Assemblée Nationale<sup>8</sup> préparatoire au projet de loi de finance 2007 souligne que « dans les établissements sociaux, médico-sociaux et de santé, les tâches techniques et physiques demandées aux agents de la fonction publique hospitalière, ajoutées à l'allongement de la durée des carrières, conduisent un nombre croissant d'agents à être reconnus inaptes dans leur emploi d'origine ». Le rapport précise que « or, pour les personnels soignants, le réaménagement de poste est rarement possible parce qu'il existe rarement de solution techniquement adaptée à leurs conditions de travail.

---

<sup>5</sup> Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation

<sup>6</sup> Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé

<sup>7</sup> Loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 (articles 22 à 34).

<sup>8</sup> Commission des affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée Nationale, Rapport préparatoire au projet de loi de finances pour 2007, Gérard CHERPION député, p 16, [www.assemblee-nationale.fr](http://www.assemblee-nationale.fr)

Seule la procédure de reclassement est alors possible pour faire entrer ces personnels dans la catégorie des bénéficiaires de l'obligation d'emploi. Mais ces personnels (infirmières, kinésithérapeutes, aides-soignants, manipulateurs radio, etc.) ne souhaitent pas changer de corps par attachement à la fonction médicale ou leur statut ».

Le protocole d'accord du 19 octobre 2006<sup>9</sup> du ministère de la santé et des solidarités prévoit la mise en place d'un groupe de travail consacré au reclassement avant la fin 2007. L'objectif annoncé est de privilégier l'adaptation des postes de travail par rapport au reclassement.

Pour les dirigeants hospitaliers, la recherche de l'adéquation des postes de travail à l'état de santé des agents tout au long de leur carrière constitue un enjeu majeur de management. Les inaptitudes au poste de travail représentent une perte à la fois pour l'établissement et le salarié.

Les incidences pour l'institution sont nombreuses. Elles se mesurent en terme d'absentéisme, de départs en retraite prématurés, de remplacements, de baisse de qualité du travail rendu, de désorganisation des équipes, de dégradation du climat social.

Le coût humain pour la personne en difficulté est tout aussi considérable. Les conséquences d'un état de santé dégradé en terme de souffrance, d'inaptitude professionnelle, d'atteinte de l'image de soi, de dégradation de la vie privée sont analysées par Claudine Herzlich<sup>10</sup>. Elle note que « l'essence de la maladie c'est l'inactivité qui a des implications variées : abandon du rôle professionnel et familial, problèmes financiers, exclusion du groupe ».

Le directeur des soins, responsable de 76,4%<sup>11</sup> des effectifs non médicaux, se trouve particulièrement concerné par la politique de maintien à l'emploi de l'hôpital. Il lui appartient de « prendre soin » des équipes soignantes en les plaçant dans les meilleures conditions possibles d'exercice professionnel. Cet objectif vise à améliorer la capacité des soignants à prendre soins des patients. « Il sera tout particulièrement attentif aux différentes mesures concernant la santé du personnel en collaborant, notamment, avec le service de médecine du travail, celui de l'hygiène et de la formation continue<sup>12</sup> ».

---

<sup>9</sup> Protocole d'accord 2006-2009 sur le développement du dialogue social, la formation, l'amélioration des conditions de travail, l'action sociale et les statuts des personnels de la fonction publique hospitalière

<sup>10</sup> Claudine HERZLICH, *Santé et maladie*, Editions de l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, Paris, 1992, p.141

<sup>11</sup> Filières soignantes et médico-techniques, Observatoire de l'emploi public (année 2003)

<sup>12</sup> Walter HESBEEN, « *La réadaptation* », Editions Lamarre, Paris, 1994, p 137



Son implication personnelle s'inscrit dans une démarche institutionnelle collective rappelée par Renaud Sainsaulieu<sup>13</sup> « on ne maintient pas l'emploi en créant un service spécialisé, une bureaucratie de plus, c'est une dynamique collective vivante qu'il faut connaître et piloter pour inventer des solutions pratiques ».

Un questionnaire approfondi sur l'adaptation des postes de travail à l'état de santé des soignants présente plusieurs intérêts dans les perspectives d'une prise de fonction de directeur des soins :

- au niveau de son implication dans la politique et stratégie du projet social, de sa mise en œuvre, de son suivi ;
- pour sa participation au sein de l'équipe de direction et de sa collaboration avec les autres acteurs hospitaliers (cadres de santé, médecins du travail, syndicats...) ;
- dans une dimension éthique du management qui concilie la logique économique et la logique sociale ;
- dans le cadre d'une dynamique d'amélioration continue de la qualité des organisations et d'une anticipation d' Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) pour les personnels non médicaux.

Les constats précédemment observés amènent à annoncer un objectif pour ce mémoire :

« Conduire un diagnostic des modalités d'adaptation des postes de travail des soignants à leur état de santé, pour en tant que directeur des soins contribuer au mieux au maintien à l'emploi ».

Les axes de travail de l'investigation seront guidés à partir de quatre sous questions :

- Quels sont les principaux problèmes de santé des soignants entraînant des inaptitudes ?
- Quels dispositifs ont mis en place les établissements en réponse à cette problématique ?

---

<sup>13</sup> Renaud SAINSAULIEU, préface de « *Le maintien de l'emploi en question* », Edition ENSP 2000

- Quelles sont les propositions d'adaptation des postes de travail offertes aux agents ?

- Quelle évaluation peut-on faire de ces propositions ?

Afin de répondre à ces questions, nous avons adopté une méthodologie de travail prenant en compte les caractéristiques de l'objet de l'étude ainsi que les contraintes liées au contexte de la formation, particulièrement en terme de temps.

Une recherche bibliographique a été réalisée à l'aide d'un moteur de recherche sur Internet en combinant les mots clés suivants : fonction publique hospitalière, soignants, état de santé, poste aménagé, reclassement, inaptitude.

Une consultation du catalogue bibliographique informatisé proposé par l'Ecole Nationale de la Santé Publique (ENSP) a complété la recherche. Les ouvrages, périodiques, articles, abordant le thème de l'étude ont ainsi été répertoriés.

Simultanément, une phase exploratoire de terrain a été menée auprès des collègues de promotion. La démarche s'est poursuivie lors du premier stage dans un centre hospitalier. Le directeur des ressources humaines, le directeur des soins, les médecins du travail, des cadres supérieurs de santé, des cadres de santé, des représentants syndicaux ont été interviewés.

Cette préparation a précisé les différents champs d'investigation et permis d'élaborer un guide d'entretien<sup>14</sup>.

La méthode d'investigation sur le terrain s'appuie sur deux outils : une recherche documentaire et des entretiens semi-directifs.

La population étudiée concerne les soignants titulaires ou stagiaires de la fonction publique hospitalière, placée sous la responsabilité du directeur des soins.

Le projet social, le bilan social, le rapport annuel du service de santé sont des sources d'informations qui procurent des éléments objectifs sur la politique d'établissement et ses résultats. Leur étude permet une lecture des intentions de l'institution.

---

<sup>14</sup> Confère annexe 1

Les entretiens auprès des acteurs qui font vivre cette politique apportent des éclairages différents selon leur rôle. La technique des entretiens semi-directifs présente l'intérêt d'accéder au sens que les acteurs confèrent à leurs pratiques, aux légitimations qu'ils fournissent à leurs actions. Nous avons élaboré une trame thématique afin de laisser parler l'interviewé librement selon sa propre logique d'exposition. L'enregistrement sur magnétophone n'a pas soulevé de réticence. L'élaboration d'une grille d'analyse<sup>15</sup> a facilité l'exploitation des entretiens.

L'analyse du corpus ainsi constitué permet de mettre en perspectives les résultats de notre travail. Ces derniers seront exposés en trois parties.

L'adaptation des postes de travail à l'état de santé des soignants de la fonction publique hospitalière s'inscrit dans un cadre législatif et réglementaire ainsi que dans un contexte d'exercice professionnel particulier (partie 1), l'expérience de deux établissements publics de santé engagés dans une dynamique institutionnelle en réponse à cette problématique, apporteront des pistes de réflexion et de compréhension (partie 2), qui alimenteront des propositions d'actions, du directeur des soins, impliqué dans une démarche collective (partie 3).

---

<sup>15</sup> Confère annexe 2

# 1 LE CONTEXTE NATIONAL

Les agents de la fonction publique hospitalière bénéficient de droits spécifiques à leur statut. Ils évoluent dans un contexte professionnel où les conditions de travail sont pénibles physiquement et psychiquement. La gestion des inaptitudes au poste de travail pour raison de santé intervient dans ce contexte national.

## 1.1 Aspects législatifs et réglementaires

### 1.1.1 Le statut des fonctionnaires

Les trois fonctions publiques ont vu leur statut général unifié par la loi du 13 juillet 1983<sup>16</sup> (titre I statut général), tout en précisant et préservant les spécificités de chacune (titre II pour l'Etat, titre III pour la Territoriale et titre IV pour l'Hospitalière).

La fonction publique hospitalière, telle que définit la loi du 9 janvier 1986<sup>17</sup> concerne 720 000 agents (exclus les médecins, les biologistes, les pharmaciens et les orthodontistes).

La fonction publique française est une administration de carrière. Elle s'organise et recrute ses agents dans la perspective de leur confier, durant la totalité de leur activité professionnelle, des fonctions ou des emplois successifs, définis par le statut du corps qui les recrute. Celui-ci constitue un ensemble ordonné de grades soumis au même statut particulier et appartenant à la même catégorie. La carrière du fonctionnaire se déroule à l'intérieur du corps. Il peut cependant en changer. Tout au long de sa vie professionnelle, il pourra progresser en échelon et en grade. La fonction publique de « carrière » s'oppose à la fonction publique « d'emploi » dans laquelle les agents publics sont recrutés pour un poste particulier, sans disposer des garanties de longue durée.

Les fonctionnaires n'ont pas de contrat de travail. Leur emploi est directement géré par des dispositions de la loi et du règlement.

La garantie de l'emploi dont bénéficient les fonctionnaires constitue un avantage considérable. Ils ne peuvent être licenciés que dans des conditions exceptionnelles où leur propre responsabilité est engagée ou leur insuffisance professionnelle avérée, et ce moyennant une procédure assez lourde. La contrepartie naturelle de ce droit est l'impossibilité de dépasser en activité un âge limite de 65 ans.

---

<sup>16</sup> Loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires

<sup>17</sup> Loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière

Le corollaire de la garantie de l'emploi pour les agents est la responsabilité de l'employeur de proposer des postes de travail en adéquation avec les capacités des personnes. La distinction entre le grade et l'emploi pris au sens de « poste », offre à l'employeur la possibilité d'affecter un agent sur un autre emploi, dès lors que celui-ci est accessible aux membres de son corps. Cette disposition peut s'appliquer dans les cas de recherche d'adéquation du poste de travail à l'état de santé de l'agent. Quelque soit son emploi, l'agent conserve son grade et sa rémunération, y compris pour un changement de corps dans le cadre d'un reclassement en raison d'inaptitudes liées à l'état de santé.

### **1.1.2 Les inaptitudes pour raisons médicales**

Elles font l'objet de dispositions législatives et réglementaires. La loi du 9 janvier 1986, dans sa section 3 du chapitre V, prévoit aux articles 71 à 76 un reclassement pour raison de santé : « Lorsque les fonctionnaires sont reconnus, par suite d'altération de leur état physique, inaptes à l'exercice de leurs fonctions, le poste de travail auquel ils sont affectés est adapté à leur état physique. Lorsque l'adaptation du poste de travail n'est pas possible, ces fonctionnaires peuvent être reclassés dans des emplois d'un autre corps, s'ils ont été déclarés en mesure de remplir les fonctions correspondantes. Le reclassement est subordonné à la présentation d'une demande par l'intéressé ».

Le législateur entend ici marquer sa priorité pour l'adaptation du poste, c'est-à-dire pour le poste aménagé, par rapport au reclassement.

Le décret d'application du 8 juin 1989<sup>18</sup> pris par la section sociale du Conseil d'Etat donne une définition juridique du poste aménagé. Dans son article 1<sup>er</sup> il précise « lorsqu'un fonctionnaire n'est plus en mesure d'exercer ses fonctions, de façon temporaire ou permanente, et si les nécessités du service ne permettent pas un aménagement des conditions de travail, l'autorité investie du pouvoir de nomination, après avis du médecin du travail, dans l'hypothèse où l'état du fonctionnaire n'a pas nécessité l'octroi d'un congé maladie, ou du comité médical<sup>19</sup>, si un tel congé a été accordé, peut affecter ce fonctionnaire dans un poste de travail correspondant à son grade dans lequel les conditions de service sont de nature à permettre à l'intéressé d'assurer ses fonctions ».

---

<sup>18</sup> Décret n° 89-376 du 8 juin 1989 relatif au reclassement des fonctionnaires pour raisons de santé.

<sup>19</sup> Décret n° 86-442 du 14 mars 1986 relatif à la désignation des médecins agréés, à l'organisation des comités médicaux et des commissions de réforme, aux conditions d'aptitude physique pour l'admission aux emplois publics et au régime de congés de maladie des fonctionnaires.

L'aménagement de poste est conditionné par la capacité du service à mettre en place une organisation intégrant cette exigence. En cas de non faisabilité, après avis médical, un changement de poste peut être envisagé.

Si l'état de santé du fonctionnaire ne permet pas ces aménagements, un reclassement est prévu par le décret.

L'article 2 prévoit que « dans le cas où l'état physique d'un fonctionnaire, sans lui interdire d'exercer toute activité, ne lui permet pas de remplir les fonctions correspondant aux emplois de son grade, l'intéressé peut présenter une demande de reclassement dans un emploi relevant d'un autre grade de son corps ou dans un emploi relevant d'un autre corps. L'autorité investie du pouvoir de nomination recueille l'avis du comité médical départemental ».

L'article 3 précise que « le fonctionnaire qui a présenté une demande de reclassement dans un emploi d'un corps différent de celui auquel il appartient peut être détaché dans ce nouveau corps si ce dernier est de niveau équivalent ou inférieur à son corps d'origine. Le fonctionnaire détaché dans un corps hiérarchiquement inférieur [...] conserve à titre personnel l'indice détenu dans son corps d'origine ».

Une infirmière peut, par conséquent, être réglementairement détachée dans le corps des secrétaires médicales en conservant son indice, sans pour autant poursuivre son développement de carrière comme si elle était restée infirmière.

Le détachement n'est pas irréversible. Il est accordé pour une période d'un an (article 73 du statut des fonctionnaires), à l'issue de laquelle l'inaptitude au poste d'origine est examinée. Si l'aptitude est reconnue, l'agent réintègre son grade et son corps d'origine.

En cas de litige, l'intéressé peut saisir le comité médical départemental. Il est chargé en vertu du décret du 19 avril 1988<sup>20</sup> de donner un avis à l'autorité compétente sur les contestations d'ordre médical, notamment en ce qui concerne la réintégration à l'issue des congés maladie.

Le comité médical supérieur prévu à l'article 8 du décret du 14 mars 1986 peut être consulté sur les cas dans lesquels l'avis donné en premier ressort par le comité médical compétent est contesté.

L'administration n'est liée en aucun cas à suivre ces avis, qu'elle doit prendre néanmoins en compte dans ces décisions<sup>21</sup>.

---

<sup>20</sup> Décret n° 88-386 du 19 avril 1988 relatif aux conditions d'aptitude physique et aux congés de maladie des agents de la fonction publique hospitalière, modifié par Décret n°2006-1466 du 27 novembre 2006.

<sup>21</sup> Arrêt du Conseil d'Etat du 26 novembre 1983, concernant la décision du ministère de l'éducation nationale contre Mlle Rive.

Les avis d'aptitude et d'inaptitude au poste de travail sont émis exclusivement par le médecin du travail de l'établissement. Les dispositions du décret du 16 août 1985<sup>22</sup> prévoient que « les établissements relevant du titre IV doivent créer ou adhérer à un service de médecine du travail. Pour assurer l'ensemble de ses missions, l'établissement doit lui fournir des moyens humains et matériels. Aussi, la création ou l'adhésion à un service de médecine du travail est obligatoire dans les établissements ou syndicats inter-hospitaliers comptant plus de 1500 agents salariés (titulaires, non titulaires, non médicaux et médicaux ».

Depuis la loi du 17 janvier 2002<sup>23</sup> de modernisation sociale, les services de médecine du travail sont devenus des services de santé au travail dans lesquels exercent les médecins du travail.

Le médecin du travail est un contractuel de droit public. L'article R.242-5 du code du travail précise que « le contrat de travail est conclu dans les conditions prévues par le code de déontologie médicale ». Sa mission est définie par l'article L.241-2 du code du travail : « Le rôle exclusivement préventif consiste à éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail, notamment en surveillant les conditions d'hygiène du travail, les risques de contagion et l'état de santé des travailleurs ».

Il rédige sur une fiche des avis d'aptitude ou d'inaptitude au poste de travail. Elle est définie par l'arrêté du 11 juin 1990<sup>24</sup>, et est établie à l'issue des examens médicaux. L'article 1<sup>er</sup> précise que « la fiche d'aptitude établie par le médecin du travail après chaque examen en application de l'article R. 242-23 comporte les indications suivantes : conclusions de l'examen (contre-indications ou recommandations concernant l'affectation éventuelle à certains postes de travail). Lié par le secret médical, le médecin de santé au travail ne peut y porter de diagnostic. En revanche, il est réglementairement tenu de se prononcer sur l'aptitude au poste de l'intéressé, c'est-à-dire l'adéquation entre l'état de santé d'un salarié et son poste de travail. Il ne peut constater l'inaptitude médicale du salarié à son poste de travail qu'après une étude de ce poste et des conditions de travail. Ses missions comprennent des temps d'analyse sur le terrain.

---

<sup>22</sup> Décret n° 85-947 du 16 août 1985 modifiant le code du travail et relatif à l'organisation et au fonctionnement des services médicaux dans les établissements mentionnés à l'article L.792 du code de la santé publique et dans les syndicats inter hospitaliers

<sup>23</sup> Loi n° 2002-73 du 17 janvier de modernisation sociale (article 193).

<sup>24</sup> Arrêté du 11 juin 1990 relatif à la fiche d'aptitude établie à l'issue des examens médicaux par le médecin du travail des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

Les relations entre le médecin du travail et tout autre partenaire de santé s'inscrivent dans le cadre du respect du secret médical (secret professionnel art 2226-13 du code pénal et article 4 du code de déontologie médicale).

La notion d'aptitude/inaptitude ne se doit confondre pas avec le handicap. La définition du handicap est difficile à cerner. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), aborde la question à partir de trois concepts<sup>25</sup> définis par Wood<sup>26</sup> en 1980 : la déficience, l'incapacité, le handicap :

- la déficience est un concept clinique qui répond à une lésion anatomique, physiologique ou physique de l'organisme.
- l'incapacité est un concept fonctionnel qui répond à une limitation ou à une restriction d'activité. C'est le résultat de la déficience.
- le handicap est un concept social qui répond à un désavantage ou à une infériorité sociale dans la vie quotidienne. C'est le résultat des deux précédentes : la déficience, d'abord, et l'incapacité ensuite, ces concepts s'imbriquant entre eux.

Les personnes handicapées bénéficient d'une législation<sup>27</sup>.

Nous faisons le choix, par la suite, de ne pas employer le terme « handicap » ou « personnes handicapées » dans ce mémoire afin de bien distinguer la notion de handicap et d'inaptitude.

L'inaptitude, au sens de la médecine du travail, découle de la confrontation des exigences du poste de travail et des capacités physiques et mentales du salarié. Il s'agit de vérifier si la tenue du poste de travail comporte ou non un caractère de dangerosité pour le salarié ou ses collègues. Cet avis ne prend pas en compte la notion de compétence ou de rentabilité au travail. Deux personnes présentant le même problème de santé peuvent être l'une apte et l'autre inapte, selon le poste qu'elles occupent.

---

<sup>25</sup> Disponible sur Internet : [www.handipole-maintien](http://www.handipole-maintien), site dédié à la gestion de l'inaptitude et du handicap en milieu du travail, *Le maintien*, p 2

<sup>26</sup> Les travaux de Philip Wood constituent le fondement de la Classification Internationale des Handicaps (CIH) élaborée à l'initiative de l'OMS.

<sup>27</sup> Loi 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Un fond d'insertion professionnelle des travailleurs handicapés dans la fonction publique est créé par cette loi. Il recueille les contributions des employeurs publics qui n'ont pas atteint le taux de 6% de travailleurs handicapés dans leur effectif. Ce fond finance les dispositifs d'aide à l'emploi. Sur leur demande les personnes reclassées professionnellement peuvent être reconnues travailleurs handicapés.



L'avis d'inaptitude concerne non seulement le poste de travail auquel le salarié est affecté mais également tous ceux auxquels il pourrait l'être. Cela concerne les postes existants et ceux susceptibles d'aménagement. La confrontation de la fiche d'inaptitude aux tâches exigées par le poste prend ici toute son importance.

Selon le répertoire des métiers<sup>28</sup>, « dans une organisation donnée, le poste renvoie à une place, à des situations concrètes de travail, des responsabilités, des tâches auxquelles correspondent des moyens distincts mis à la disposition du titulaire du poste. C'est au niveau du poste que sont définis les objectifs, attendus les résultats, évaluées les performances. C'est l'unité de base de l'organisation du travail, définie et délimitée concrètement dans l'espace et le temps, indépendamment de la ou les personnes qui l'occupent, constituée d'un ensemble d'activités, selon une rationalité technique et organisationnelle ».

La généralisation des fiches de poste dans l'établissement apparaît par conséquent comme indispensable.

Il convient après l'étude des aspects législatifs et réglementaires, de s'arrêter sur les caractéristiques propres de la population soignante des établissements publics de santé et de leurs conditions de travail.

## **1.2 Conditions de travail et état de santé des soignants**

### **1.2.1 Caractéristiques de la population soignante**

En France, peu d'enquêtes sont réalisées sur les conditions de travail et l'état de santé des soignants de la fonction publique hospitalière.

L'étude PRESST/NEX<sup>29</sup>, financée par la commission européenne, porte sur la situation de travail et la vie des personnels soignants ainsi que les difficultés qu'ils rencontrent dans l'exercice de leur métier. Elle vise à mieux identifier ce qui peut expliquer l'abandon prématuré des professions soignantes. Elle s'est déroulée de 2004 à 2006 dans 10 pays pour le secteur privé et le secteur public.

---

<sup>28</sup> Répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière, lexique des termes utilisés dans es fiches métier du répertoire, p 3, [www.sante.gouv](http://www.sante.gouv)

<sup>29</sup> Promouvoir en Europe Santé et satisfaction des Soignants au Travail/Nurses Early Exit Study (PRESST/NEXT), disponible sur Internet : [www.Presst-next.fr](http://www.Presst-next.fr)

Les publications de la Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) réalisent des enquêtes sur la population soignante.

Nous utiliserons également des statistiques de l'année 2004 de la Caisse des Dépôts de Bordeaux sur la mise en invalidité.

Ces trois sources d'information esquissent le contexte d'exercice professionnel des soignants de la fonction publique hospitalière.

La fonction publique hospitalière comptait 837054 personnels non médicaux au 31 décembre 2004<sup>30</sup>. Le pourcentage de femmes s'élève à 79,4%. Les soignants représentent 70,4% des effectifs et les médico-techniques 5,1%. Les infirmiers composent 42% des équipes paramédicales, les aides-soignants 35%, les agents de services hospitaliers 18%, les cadres de santé 5%.

Selon l'échantillon de l'enquête PRESST-NEXT, la répartition par sexe montre globalement une faible proportion d'hommes (11,2%). Celle-ci est légèrement plus élevée parmi les emplois les plus qualifiés : 8,2% parmi les Agents de Service Hospitalier (ASH), 9,8% parmi les Aides-Soignants (AS), 11,3% parmi les Infirmiers Diplômés d'Etat (IDE). Les moins de 30 ans représentent 24,6% des infirmiers, 15,4% des aides-soignants, 25% chez les agents de service hospitalier. Les aides-soignants sont 32,7% à avoir 45 ans et plus, et les agents de service hospitalier 28.9%.

La moyenne d'âge est élevée, particulièrement chez les aides-soignants.

L'enquête s'est intéressée aux insatisfactions professionnelles et leurs répercussions sur l'état de santé.

### **1.2.2 Insatisfaction au travail et état de santé des soignants**

L'étude montre que les trois premiers motifs d'insatisfaction par ordre d'importance sont le manque de soutien psychologique au travail (66,1%), le temps de chevauchement insuffisant pour les transmissions (53,7%), les conditions physiques de travail (52%).

Le premier et le troisième motif d'insatisfaction sont des déterminants importants dans la problématique du maintien à l'emploi des soignants ayant des problèmes de santé.

En France, plus de la moitié des soignants se plaignent du manque de soutien psychologique. Or, le travail d'équipe passe par la construction d'un collectif capable de gérer les difficultés des situations de travail, d'intégrer les nouveaux collègues, d'accepter

---

<sup>30</sup> Rapport annuel de la fonction publique. Faits et chiffres 2005-2006.

des aménagements de postes pour certains d'entre eux. La qualité des relations entre collègues et avec la hiérarchie est la source de soutien la plus importante. Si les relations sont perçues comme majoritairement bonnes, un pourcentage significatif de soignants ressent cependant des relations hostiles au travail. Elles sont perçues par les personnes comme mauvaises pour 3,2% avec leurs collègues, 12,3% avec les médecins, 16,8% avec leur cadre de proximité, et 41,1% avec leur cadre supérieur de santé.

Cette difficulté est beaucoup moins importante en Norvège, particulièrement avec l'encadrement, 13,1% avec leur cadre de proximité, et 28,4% avec leur cadre supérieur.

Les résultats vis-à-vis de la hiérarchie posent la question des rapports entre l'encadrement et les équipes. L'intégration, l'accompagnement et le suivi des personnels en difficulté dépendent pour beaucoup de la capacité des cadres à créer un climat de confiance sécurisant.

Les conditions physiques de travail sont le troisième motif d'insatisfaction. La pénibilité physique du travail est fortement ressentie par 52% des soignants. Elle est perçue de façon très inégale selon les pays. L'écart est significatif avec la Norvège et les Pays-Bas qui ont un taux de 24,8%.

Les AS et ASH sont très exposés à la pénibilité physique, plus en France que dans les autres pays pour les postures debout prolongées. Ces résultats sont concordants avec ceux recueillis par l'étude de la DRESS<sup>31</sup>. Ainsi, 82,9% des AS et ASH sont debout 6 heures par jour, ou plus. Ils sont 71,8% à déclarer des manutentions de charge trop lourdes et 79,1% à se maintenir dans des postures pénibles. La pénibilité physique est un peu plus forte pour les AS et ASH français que la moyenne européenne.

Elle est fréquemment ressentie par les infirmiers européens. Elle est moins forte pour les IDE français, sauf pour les postures debout.

La forte délégation des soins d'hygiène et de confort aux AS explique peut-être ces résultats. La pénibilité représente néanmoins 63% pour les manutentions de charges lourdes, 68,9% pour le maintien de postures pénibles et 68,2% pour la posture debout prolongée.

Les infirmiers français sont près de la moitié (48%) à considérer que leurs locaux sont mal adaptés aux exigences de leur travail. Cette affirmation est encore plus fréquente pour les AS et ASH (60%). Ce facteur participe de manière importante à la pénibilité des conditions de travail en France.

---

<sup>31</sup> Les conditions de travail perçues par les professionnels des établissements de santé, DRESS, Etudes et résultats, n° 335, août 2004.

L'amélioration de la qualité des organisations des équipes paramédicales tant sur le plan du management que sur le plan matériel apparaît comme un élément indissociable de la santé au travail des soignants. Hiérarchiquement responsable de l'encadrement paramédical et des organisations, le directeur des soins est naturellement impliqué dans cette dynamique.

La santé au travail apparaît donc comme une question complexe qui combine des éléments de la situation de travail et les propres troubles de santé du soignant.

### 1.2.3 Les troubles de la santé des soignants

L'enquête PRESST/NEXT s'est intéressée aux troubles de la santé dont souffrent les soignants sur leur lieu de travail. La question était libellée ainsi : « Dans la liste suivante, inscrivez les maladies et blessures dont vous souffrez actuellement. Indiquez aussi si un médecin a fait un diagnostic ou traité ces problèmes de santé ». La connaissance de la typologie des troubles de la santé des soignants donne de précieuses indications pour l'élaboration de stratégies efficaces et de plan d'action pour le maintien à l'emploi.

Nous reproduisons les résultats de l'échantillon européen<sup>32</sup> dans le tableau suivant :

<b>Troubles de la santé</b>	<b>déclarés</b>	<b>traités</b>
Des troubles musculo-squelettiques (TMS)	52,8%	28,7%
Une maladie cardio-vasculaire	11,6%	9,1%
Une maladie respiratoire	13,8%	9,2%
Des troubles de la santé mentale	18,9%	5,4%
Des troubles neurologiques ou sensoriels	19,4%	10,5%
Des troubles digestifs	22,3%	11,3%
Des problèmes cutanés	27,7%	15,6%
Une maladie métabolique ou endocrine	8,4%	
Une maladie sanguine	5,7%	
Une tumeur	2%	
Une pathologie congénitale	1,6%	
Un accident	13%	9,7%

<sup>32</sup> Les résultats ne sont pas spécifiés par pays.

Ces résultats corroborent les informations recueillies auprès des personnes interviewées lors de la phase exploratoire du présent mémoire. En France, les troubles musculo-squelettiques (TMS) et les troubles de la santé mentale occupent une place prépondérante. Un médecin du travail souligne qu'il a vu « les problèmes de tête passer devant les problèmes de dos au cours des vingt dernières années, peut-être pas en quantité, mais en difficultés à trouver des solutions ». Ce sont les deux principales catégories de troubles recensés par les services de santé au travail.

Les pathologies « lourdes » sans lien apparent avec le travail sont peu nombreuses au regard des chiffres globaux. Elles demandent néanmoins une attention particulière en raison des difficultés personnelles et professionnelles qu'elles engendrent.

Les TMS et les troubles de la santé mentale par leur fréquence et leur lien avec les conditions de travail demandent une attention particulière de la part des institutions. L'enquête PRESST-NEXT les analyse plus précisément.

Les TMS sont déclarés dans l'enquête par 56,1% des soignants français. Il s'agit de la première cause d'altération de la santé (26% avec suivi médical et 30,1% sans suivi médical). Pour les AS et ASH, le taux est de 59,4%, dont la moitié n'a pas de suivi médical. La liste des TMS incluait les pathologies ostéo-articulaires ou musculaires du dos, des membres, ou de toute partie du corps comme par exemple les douleurs répétées des muscles, la sciatique, l'arthrite, l'arthrose.

L'étude des TMS par grade montre que les cadres, plus âgés et ayant eu une carrière de soignant au lit du malade, souffrent autant de cette affection que les ASH et les AS plus jeunes. Leur travail actuel est toutefois conciliable avec ces douleurs, si elles sont modérées.

Le travail actuel des AS et ASH comporte le plus d'activités de manutention et de postures pénibles. Il entraîne une plus grande fréquence d'arrêts maladie (10,6% contre 6,7% pour les cadres).

Les agents qui déclarent devoir soulever des malades sans aide plus de 10 fois par jour ont 16% de plus d'inaptitude que ceux qui ne le font pas ou au plus 5 fois par jour. Une santé mentale dégradée est retrouvée fréquemment parmi les soignants ayant un traitement pour TMS.

L'entraide entre collègues a un rôle important pour prévenir la restriction d'aptitude physique (22% de plus quand elle n'est pas bonne). A partir de la fréquence des arrêts maladie pour TMS, on constate que les soignants de 45 ans et plus qui n'ont pas à maintenir de fréquentes postures pénibles s'arrêtent moins que ceux de 30 à 44 ans qui doivent le faire souvent. Le climat au sein de l'équipe est un élément fondamental à prendre en compte lors des propositions d'aménagement de poste.

Dans sa liste d'items, le questionnaire proposait des troubles de la santé mentale dans une acception très large. Ils incluaient les pathologies psychiatriques, mais également, l'anxiété, l'insomnie, le stress. Plus d'un quart des soignants français (25.1%) ont déclaré des troubles de la santé mentale, contre moins de 15% aux Pays-Bas, en Finlande et en Norvège. C'est en France que les soignants sont le plus nombreux à déclarer être suivis médicalement pour ce type de troubles (9,8%). Sur ces 25,1%, il reste néanmoins 15,3% de personnes sans suivi médical.

Une forte crainte de faire des erreurs dans les soins est liée à une augmentation de 71% des problèmes de santé mentale. L'étude montre la relation directe entre le climat de l'équipe et le taux de déclaration de troubles de la santé mentale.

Le pourcentage important de soignants qui se déclarent non traités pose la question du signalement des troubles de la santé dans le cadre du travail. L'encadrement de proximité a un rôle important à jouer à ce niveau avec les services de santé au travail.

#### **1.2.4 Les répercussions des troubles de la santé au travail**

Les problèmes de santé des soignants ont des répercussions sur les arrêts maladie. Une capacité de travail mauvaise ou moyenne par rapport aux exigences physiques du poste génère deux fois plus la nécessité de s'arrêter plus de cinq jours. La France compte le plus d'arrêts maladie de plus de 15 jours avec un taux de 17,2%. Les soignants de gériatrie qui cumulent pénibilité physique et psychologique, déclarent le plus d'arrêts. Ces résultats confirment la répercussion des conditions de travail sur les troubles de la santé pris au sens large.

Les statistiques de l'étude relative à l'invalidité, publiée en 2004 par la Caisse des Dépôts de Bordeaux corroborent la prégnance des TMS et des troubles de la santé mentale au niveau des mises en invalidité. Selon cette étude, les AS et les ASH sont les plus exposés à l'invalidité. Le flux d'invalidité est multiplié par 2,5 pour les ASH par rapport aux IDE. Ce flux d'invalidité est multiplié par 1,7 pour les AS par rapport aux IDE. La pathologie mentale est la première cause d'invalidité.

L'axe principal de recherche de l'étude PRESST-NEXT concernait la prévention des départs prématurés de la profession. Sur l'ensemble de l'échantillon européen, on constate que le manque de perspectives professionnelles et le manque de soutien psychologique ont le plus d'influence. Il apparaît clairement que le départ est envisagé par les soignants qualifiés encore jeunes qui se sentent épuisés émotionnellement. Par contre les soignants moins qualifiés, plus âgés et souffrant de TMS ne pensent pas à quitter leur emploi hospitalier. Ils savent qu'ils ont peu de chance de retrouver un autre emploi.

Ces constats soulignent la nécessité d'adaptation des postes de travail à l'état de santé des soignants tout au long de leur carrière professionnelle.

Il est alors possible de se demander quelle politique sociale les hôpitaux peuvent-ils mettre en œuvre pour répondre à cette problématique ?

Pour répondre à cette question nous appréhenderons la pratique de deux établissements publics de santé.

## **2 LA REPONSE APPOREE DANS DEUX ETABLISSEMENTS**

Le choix des établissements répond à deux critères ; la formalisation d'une politique d'établissement et la mise en place d'un dispositif dédié à l'adaptation des postes de travail pour raison de santé. La phase exploratoire de recherche a permis de retenir deux hôpitaux répondant à ces critères.

Nous analyserons les facteurs favorables à l'élaboration d'une politique sociale d'établissement répondant à notre problématique. Ensuite, nous étudierons sa mise en œuvre sous l'angle d'une analyse de processus de recherche d'un poste de travail correspondant aux aptitudes de la personne.

### **2.1 Les politiques et stratégies d'établissement**

Nous procéderons à une présentation des caractéristiques<sup>33</sup> des deux établissements de type Centre Hospitalier Universitaire (CHU), que nous appellerons A et B. Leur dimensionnement offre un panel important des situations d'inaptitude rencontrées dans les hôpitaux.

L'étude d'un troisième établissement plus petit n'a pas pu être réalisée en raison de contraintes de temps. Elle aurait apporté un éclairage complémentaire.

Toutefois, cette limite ne remet pas en cause les principes d'une politique d'adaptation des postes de travail à l'état de santé des agents. Par contre, les moyens mis en œuvre s'ajustent en fonction des contextes locaux.

#### **2.1.1 Présentation des établissements<sup>34</sup>**

L'établissement A, emploie 4142 soignants et 440 médico-techniques, soit 73,6 % de l'effectif non médical. L'effectif est constitué de 83,4% de femmes.

La moyenne d'âge est de 42,6 ans. Les moins de 25 ans représentent 1,45% des effectifs, 41,82% ont de 25 à 40 ans, 52,75%, ont de 41 à 55 ans, 4% ont plus de 55 ans. La moyenne d'âge a augmenté de 2 ans et 4 mois depuis 2002.

A cette évolution de l'âge moyen des agents correspond une augmentation de leur ancienneté dans l'établissement, 41% d'entre eux ont plus de 20 ans d'activité.

---

<sup>33</sup> Les chiffres pour les deux établissements sont pour l'année 2006 (référence bilan social)

<sup>34</sup> L'anonymat des établissements est un choix de l'auteur du mémoire



L'absentéisme pour raison médicale<sup>35</sup> représente 17,77 jours par an et par agent soit un taux de 7,94% en 2006. Il est en moyenne de 8% depuis 1999.

L'absentéisme<sup>36</sup> pour maladie ordinaire régresse de 1,8% en 2006 et les absences pour congés longue maladie et congés longue durée augmentent de 12,8% en 2006.

L'établissement B, emploie 2678 soignants et 255 médico-techniques, soit 72,1 % de l'effectif non médical. L'effectif est constitué de 82,7% de femmes.

La moyenne d'âge est de 41,3 ans. Les moins de 25 ans représentent 2% des effectifs, 43% ont de 25 à 40 ans, 50% ont de 41 à 55 ans, 3% ont plus de 55 ans.

La moyenne d'âge a augmenté de 1 an et 9 mois depuis 2002. 40% des agents ont plus de 20 ans d'activité.

L'absentéisme pour raison médicale représente 23 jours par an et par agent, soit un taux de 10,26% en 2006. L'absentéisme pour maladie ordinaire baisse de 2, 2%, les Congés Longue Maladie (CLM) et les Congés Longue Durée (CLD) progressent de 13,1%.

Les caractéristiques des équipes paramédicales sont dans la moyenne des statistiques nationales. Nous notons une forte féminisation des effectifs. Le vieillissement de la population soignante est le reflet d'une tendance générale avec l'effet de la génération « papy boomer ». L'allongement de l'activité professionnelle commence à se faire ressentir avec la réforme des retraites.

Les statistiques sur l'absentéisme sont données à titre informatif. Les arrêts maladie ne sont pas reliés aux personnes bénéficiant d'un aménagement de poste ou d'un reclassement. Il est à noter toutefois une légère baisse des maladies ordinaires et une hausse significative des CLM et CLD.

Ces premiers éléments sont pour les hôpitaux des facteurs prévisibles d'augmentation des troubles de la santé des agents pouvant entraîner des inaptitudes. L'intégration de cette problématique dans le projet social atteste de la prise de conscience des dirigeants hospitaliers de mettre en œuvre une politique d'établissement pour y répondre.

---

<sup>35</sup> Absences au sens de la Sécurité Sociale (maladie, maternité, congés longue maladie, congés longue durée, accidents du travail et du trajet, maladies professionnelles).

<sup>36</sup> Le décret n) 88-386 du 19 avril prévoit 3 types de congés maladie. Le congé pour maladie ordinaire pour une durée n'excédant pas 12 mois consécutifs. Le CLM pour une durée maximale de 3 ans en relation avec une liste de pathologies. Le CLD pour une durée de 3 ans rémunérés et 2 ans à demi-traitement. Il concerne 5 pathologies : tuberculose, maladie mentale, affection cancéreuse, poliomyélite, déficit immunitaire acquis.

Nous allons donc nous intéresser aux stratégies développées dans les deux établissements.

A partir d'une méthodologie différente, l'élaboration des projets repose sur un diagnostic social établi à partir d'une concertation des personnels. Cette démarche est qualifiée de « gagnant/gagnant) dans le projet social de l'établissement B. Elle inscrit ainsi le dialogue social comme une opportunité de concilier les intérêts des agents et ceux de l'établissement. Le maintien à l'emploi des personnels ayant des problèmes de santé en est un exemple.

L'hôpital A a choisi d'utiliser les entretiens. Trois cents professionnels, représentatifs des catégories professionnelles non médicales, se sont exprimés librement sur les thèmes qui leur semblaient essentiels. Ces entretiens d'une durée de 30 à 45 minutes, réalisés par trinôme, ont été menés par un psychologue extérieur à l'établissement. Les avis, attentes et préoccupations ont été intégrés dans les orientations du projet social.

Une équipe projet, constituée par des représentants syndicaux, des cadres de santé, des cadres supérieurs de santé, des médecins du travail, le directeur des ressources humaines et le coordonnateur général des soins, a défini puis animé des groupes thématiques de travail.

L'hôpital B a orienté son choix vers l'utilisation de deux questionnaires de satisfaction, l'un adressé aux cadres, l'autre à l'ensemble des personnels non médicaux. Les résultats communiqués en annexe du projet social ont servi à déterminer les grands axes de la politique sociale. Des groupes de professionnels ont également travaillé sur les thèmes choisis.

Nous ferons une analyse croisée des deux projets en retenant les points communs et les particularités de chacun d'entre eux.

### **2.1.2 La politique sociale en faveur de l'aptitude au poste de travail**

La politique sociale est inscrite depuis la loi du 31 juillet 1991<sup>37</sup> comme l'un des domaines primordiaux de la politique d'établissement.

---

<sup>37</sup> Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière

L'ordonnance du 2 mai 2005<sup>38</sup> est venue renforcer la place du projet social dans la détermination des stratégies d'établissement. Sa mission première est de reconnaître et mobiliser les ressources humaines. Il a également vocation à préserver et à promouvoir les liens sociaux. Il définit les objectifs généraux de la politique sociale et les mesures permettant leur réalisation. Il porte notamment sur la formation, l'amélioration des conditions de travail, la gestion prévisionnelle et prospective des emplois et des qualifications et la valorisation des acquis professionnels (article L6143-2-1 du Code de la Santé Publique).

Les résultats de la concertation des personnels conduisent les établissements au même constat. Les agents sont nombreux à exprimer leur attachement à leur fonction, à leur équipe et à la mission de l'hôpital public. Une inquiétude est fréquemment exprimée sur les conditions de travail et sur leur capacité à exercer leur métier dans de bonnes conditions jusqu'à la fin de leur carrière.

Les valeurs autour de la fonction soignante au sein des missions des hôpitaux publics se retrouvent localement, comme dans le rapport de l'Assemblée Nationale et l'étude PRESST/NEXT, cités précédemment.

La santé au travail est un axe de développement dans les deux projets. Elle s'envisage sous l'aspect préventif et par des mesures d'adaptation des conditions de travail à l'état de santé des personnes. Ces politiques trouvent leur légitimité dans les diagnostics établis sur le terrain et dans les préconisations des pouvoirs publics.

La prévention et la prise en charge de l'inadaptation à l'emploi, l'aménagement des postes de travail figurent dans les actions de modernisation du projet social conformément à la circulaire du 3 juillet 2001<sup>39</sup>.

La formation et l'amélioration des conditions de travail occupent une place importante dans les deux projets.

La formation figure comme un moyen de prévention de l'état de santé des personnels. La manutention des patients est proposée dans le cadre du plan de formation continue. Il est à noter que l'établissement A a développé cette action en partenariat avec l'Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI).

---

<sup>38</sup> Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé

<sup>39</sup> Circulaire DHOS/P1 n° 2001-335 du 3 juillet 2001 relative au projet social et au volet social des contrats d'objectifs et de moyens des établissements de santé financés par dotation globale

L'amélioration des conditions de travail constitue un axe majeur de la prévention des inaptitudes. Selon l'enquête de satisfaction des personnels de l'établissement B, cet axe est considéré comme la priorité à traiter dans le projet social. La pénibilité due aux matériels et aux locaux est reconnue institutionnellement comme un facteur pouvant générer des troubles de la santé. Le Programme Annuel de Prévention des Risques et d'Amélioration des Conditions de Travail (PAPRIPACT) prévoit sur chacun des hôpitaux l'achat de matériels permettant d'éviter les problèmes lombaires et les TMS. Des lits mécanisés à hauteurs variables ont été financés dans ce cadre.

Malgré les efforts de prévention, les inaptitudes pour raison médicales restent importantes et les marges de manœuvre limitées dans la recherche de solutions. L'établissement B remarque que « la difficulté majeure consiste à intégrer, avec l'accord du cadre de service, des agents à capacité réduite sur des postes budgétés, initialement conçus pour être occupés par des agents à plein rendement ». Ce point de vue sera partagé par les entretiens auprès des professionnels de l'établissement A.

Face à ces difficultés, les directions ont mis en place une commission et un référent dédiés (en 2001 pour l'établissement A et 2003 pour l'établissement B).

Les deux commissions dédiées ont un fonctionnement et une composition proche l'une de l'autre. Leurs membres sont les directeurs des ressources humaines, les directeurs des soins, les médecins du travail, les assistants sociaux chargés du personnel, le référent dédié, un ergonome pour l'établissement A.

Dans les deux cas, la commission examine les situations qui n'ont pas trouvé de solution dans le service d'origine.

L'établissement B fait une évaluation de ce dispositif dans son projet social, « il importe de revoir le système de la contractualisation dans le cadre d'un poste aménagé ou d'un reclassement. En effet, selon le procédé actuel, très peu d'équipes acceptent sans contrepartie un agent avec des restrictions d'aptitude (augmentation de la charge de travail pour le reste de l'équipe, risque d'arrêts maladie, etc.). Pour cela, il serait intéressant de s'inspirer de ce qui existe dans d'autres hôpitaux, comme le fait d'établir un système de compensation (exemple : octroi de mensualités de remplacement en cas d'arrêts maladie ».

Les référents dédiés sont chargés d'assurer un suivi individuel des agents. Ils coordonnent les actions des différents intervenants dans la démarche d'adaptation du poste de travail, du signalement au suivi. Ces postes sont attribués dans les deux cas à un cadre supérieur de santé affecté à la direction des ressources humaines.

Ce choix des directions est argumenté par la connaissance des métiers et des organisations soignantes.

L'analyse des projets nous conduit en dernier lieu à étudier leur chapitre consacré à la Gestion Prévisionnelle des Emplois et Compétences (GPEC). Les deux établissements lui consacrent une place importante dans le cadre d'une anticipation des besoins et de l'accompagnement des parcours professionnels.

Nous nous attacherons particulièrement au développement de l'établissement B sur le rôle des cadres dans l'évaluation des inaptitudes au poste de travail.

Il définit la GPEC comme un outil de veille, de régulation et de gestion qui permet d'agir sur les différents paramètres de gestion. Il est précisé que la réussite d'une politique de gestion des emplois et des compétences nécessite notamment « de prévenir et d'alerter sur les situations d'inadaptation à l'emploi et de faire évoluer les compétences et les qualifications au regard des besoins ». Le rôle des cadres de santé y est reconnu comme essentiel.

En ce sens, une amélioration des outils d'aide au management est proposée. Elle met l'accent sur l'entretien d'évaluation. Il est indiqué qu'« il doit devenir un outil d'adaptation et d'anticipation pour connaître précisément les potentialités et les aptitudes de chacun.

En outre, pour qu'il soit une aide au management, et surtout pas l'expression de la subjectivité, le système de notation individuelle doit utiliser comme supports des grilles de critères homogènes d'évaluation ». Cette proposition résulte d'une étude du directeur des soins qui relève que les entretiens d'évaluations existent seulement dans le cadre d'initiatives individuelles et sont structurés de façons très différentes d'un service à l'autre. Par ailleurs les fiches de poste ne sont pas généralisées.

L'importance que revêt l'évaluation dans le cadre de notre problématique en fait naturellement un axe de développement dans les préconisations de la dernière partie.

Après l'analyse des projets sociaux et des bilans sociaux, l'étude des rapports annuels des services de santé au travail nous apportera des informations plus précises sur les troubles de la santé des soignants et les inaptitudes au poste de travail.

### **2.1.3 Les troubles de la santé des soignants**

Les deux rapports suivent une méthodologie différente. L'intérêt de disposer de deux sources d'informations réside dans la complémentarité qu'elles apportent. Nous les étudierons par conséquent l'un après l'autre avant d'en faire une synthèse globale.

L'établissement A répartit les congés de maladie ordinaire supérieurs ou égaux à 21 jours sont classés selon 3 catégories<sup>40</sup> :

Il recense ensuite les principaux troubles de la santé pour l'ensemble du personnel non médical.

Les catégories d'arrêts maladie :

<b>Motifs</b>	<b>Année 2006</b>
Maladie	285
Chirurgie	170
Traumatologie	102
Total	557

Les principaux troubles de la santé :

<b>Troubles de la santé</b>	<b>Année 2006</b>
Maladie de l'appareil locomoteur	110
Troubles psychopathologiques	94
Fracture de membre	54
Chirurgie orthopédique	43
Chirurgie gynécologique	43
Chirurgie digestive	25
Entorse	23
Chirurgie varices des membres inférieurs	19
Grossesse pathologique	11
Maladie infectieuse	9

Les TMS (maladies de l'appareil locomoteur) avec 19,75% sont la première cause d'arrêts maladies ordinaires supérieurs ou égal à 21 jours. Ils sont suivis des troubles de la santé mentales avec (troubles psychopathologiques) 16,87 %.

Ces résultats rejoignent les statistiques nationales. Ils procurent à l'établissement un signe fort d'alerte pour envisager une stratégie collective de prévention des conditions de travail pouvant générer ces types de troubles.

---

<sup>40</sup> Cette information n'est pas mentionnée pour les CLD et les CLM

Pour l'année 2006, l'établissement A indique le nombre de demandes d'aménagement des conditions de travail que les médecins du travail ont formulé à l'occasion des visites annuelles, de reprise, de demandes des agents, des déclarations d'accident du travail.

Les résultats sont présentés selon deux grandes catégories :

1) Aménagement des conditions de travail sur le poste tenu :

- par des aménagements d'horaires, par l'absence de garde, par l'éviction de tâches ponctuelles

De façon transitoire : 66

De façon durable : 32

- par l'éviction sur le poste tenu d'une ou plusieurs des principales tâches liées au grade

De façon transitoire : 17

De façon durable : 13

2) Par un changement d'affectation lorsque l'adaptation sur le poste est impossible :

- sur un poste non aménagé mais à titre transitoire : 3

- sur un poste non aménagé mais à titre définitif : 6

- sur un poste avec un aménagement limité des conditions de travail (horaires, éviction de tâches ponctuelles) : 5

- sur poste aménagé

De façon transitoire : 8

De façon durable : 24

Nous notons un seul reclassement professionnel dans un emploi totalement différent.

Une synthèse du nombre de demandes formulées et de dossiers traités en 2006 est communiquée :

## Demandes formulées par les médecins du travail

Types de demandes	Nombre de demandes	Nombre de demandes traitées	%
<b>Demandes temporaires :</b>			
Aménagement sur poste tenu	83	83	100
Changement d'affectation	11	10	90,90
<b>Demandes durables :</b>			
Aménagement sur poste tenu	45	37	82,22
Changement d'affectation	35	28	80
<b>Reclassement</b>	1	1	100
<b>Total</b>	175	159	90,85

Les demandes d'aménagement du poste d'origine sont majoritaires, principalement pour des durées limitées conformément à la politique d'établissement. Le taux de demandes traitées est élevé. Les demandes de reclassement sont très minoritaires avec seulement une proposition en 2006.

Les visites de reprise après congé de longue maladie et congé de longue durée connaissent une légère baisse depuis 2002 (32 sont comptabilisées en 2006). Les troubles à l'origine de ces arrêts ne sont pas mentionnés.

Nous terminerons l'analyse des données de l'établissement A par un bilan cumulé des postes aménagés et reclassés au 31 décembre 2006. ( statistiques obtenues auprès de la direction). Les pourcentages ont été calculés en référence aux effectifs rémunérés du bilan social 2006.

Bilan des postes adaptés par aménagement ou reclassement :

	Femmes	Hommes	Total	%
<b>Postes aménagés</b>	229	78	307	5
<b>Reclassement</b>	17	9	26	0,42
<b>Total</b>	246	87	333	5,42

Le résultat total de 5,42%% rejoint les statistiques nationales de la fonction publique hospitalière données lors du congrès 2005 de Association Nationale de Médecine du Travail et d'Ergonomie du Personnel des Hôpitaux (ANMTEPH).



L'établissement B ne fait pas référence aux troubles de la santé rencontrés par le personnel non médical.

Un bilan cumulé des postes aménagés et reclassés par fonction est communiqué sous forme de tableau. Nous le reproduisons complété avec des pourcentages calculés par rapport aux effectifs rémunérés du bilan social.

Aménagements et reclassements par catégories de personnel :

<b>Catégories de personnel</b>	<b>Aménagement</b>	<b>Reclassement</b>
<b>Administratif</b>	23 (4,75 %)	1 (1%)
<b>ASH/AS/Auxiliaire de puériculture</b>	111 (8,44%)	41 (3,12%)
<b>Médico-technique</b>	16 (6,27%)	1(0,40%)
<b>Sage femmes</b>	5 (7,69%)	0
<b>Techniques</b>	66 (11%)	11 (1,83)
<b>Autre soins</b>	3	1
<b>Cadres de santé</b>	1 (1,63%)	1 (1,63%)
<b>Total</b>	278 (6,92%)	69 (1,71%)

Le rapport procure également la répartition des postes aménagés et reclassés par secteur d'activité. Cette information chiffrée atteste de la concentration de ces postes sur une partie limitée de secteurs. Leurs caractéristiques principales sont une fonction d'accueil importante des patients et l'absence de manutention. Le pôle femme enfant et les services de médecine à consultations externes sont les plus concernés.

Nous notons également un taux élevé pour les services administratifs sur des postes dédiés à l'accueil et à la sécurité. Les soignants sont généralement reclassés sur ce type de travail.

L'étude de la politique sociale de maintien à l'emploi nous amène à une analyse du processus d'adaptation des postes de travail à l'état de santé des soignants.

## **2.2 Le niveau opérationnel du dispositif**

Les entretiens ont été menés dans les deux établissements auprès de 16 personnes au total: 4 directeurs des soins, 2 directeurs des ressources humaines, 2

cadres supérieurs de santé, 4 cadres de santé, 2 référents institutionnels dédiés, 2 représentants syndicaux, un ergonomiste pour l'établissement A.

Cette seconde partie de l'analyse s'intéresse plus particulièrement au ressenti des acteurs et à leur positionnement au regard de la problématique et de sa réponse institutionnelle. Après une analyse du contexte général auquel sont confrontés les différents professionnels, nous suivons les différentes étapes du processus.

### **2.2.1 Les perceptions de la problématique**

L'intérêt de l'ensemble des personnes interviewées pour le thème est manifeste, sa difficulté est perceptible dans les propos et les mimiques. Nous les synthétiserons par une brève phrase survenue 9 fois, « c'est un sujet de mémoire intéressant » suivi d'une expression des yeux en signe d'une certaine impuissance. L'inaptitude au poste de travail pour raison de santé est considérée comme une véritable problématique d'établissement. Les DRH et les DS la considèrent comme un enjeu majeur du projet social et citent la commission comme un dispositif indispensable. L'augmentation des TMS et des troubles de la santé mentale vient spontanément au premier plan comme en étant la cause principale, tant par la direction, les médecins du travail, les syndicats, l'encadrement de proximité. L'explication de ce phénomène est largement attribuée à l'évolution des conditions de travail. Une vision partagée de la pénibilité importante du travail des soignants est exprimée. Le vieillissement de la population accueillie entraîne des manutentions croissantes et l'évolution des effectifs n'a pas suivi la progression de l'activité.

L'enquête de satisfaction corrobore cette perception. Les conditions de travail et le rythme de travail sont classés par les agents comme les deux principales contraintes rencontrées. Les moyens humains, puis les locaux sont considérés par les agents comme les domaines les plus importants à améliorer.

Les répercussions du contexte socio-économique sur les conditions de travail sont mises en lien direct avec une dégradation de l'état de santé des soignants. Les avis sur les moyens à mettre en œuvre pour remédier à ce constat varient selon la position des acteurs dans l'institution. Nous ne commenterons pas les jeux d'acteurs qui en découlent mais nous les intégrons comme un élément important dans le processus de démarche collective des adaptations de postes.

## 2.2.2 Le signalement

Les signalements émanent majoritairement des services de santé au travail. Ils interviennent le plus souvent à la suite d'une reprise de travail après un congé maladie. Les TMS et les problèmes de santé mentale sont ressentis comme les troubles les plus importants.

Les médecins du travail considèrent que certains signalements sont trop tardifs, dans des situations pourtant repérées sur le lieu d'exercice. Une attente vis à vis de l'encadrement est sous entendue.

L'évaluation des personnels effectuée par un encadrement formé à cette pratique et réalisée dans le cadre d'un dispositif institutionnalisé paraît un élément de réponse important pour les directeurs des soins. L'évaluation de l'adéquation entre le poste de travail et l'état de santé de l'agent ne leur semble pas encore suffisamment systématisée. Les évaluations sont centrées selon eux sur les compétences et pas assez sur la personne. La politique de la direction des soins des deux établissements va dans ce sens. Des progrès significatifs sont apparus. Les directeurs des soins constatent une diminution progressive d'une « loi du silence » des équipes et de leur encadrement par rapport aux professionnels en difficulté.

Cette évolution trouve également une autre source apparaissant à demi-mots dans le discours des cadres de proximité. Trois cadres sur quatre témoignent que depuis une dizaine d'années, il ne leur est plus possible de préserver des personnels en difficulté. Les équipes ne sont plus en mesure de compenser la charge de travail supplémentaire. Il est fait référence au dimensionnement des effectifs calculés au plus juste, laissant peu de marge de manœuvre

Le changement contraint de comportement aurait des effets bénéfiques si, comme le remarque un cadre supérieur de santé, il ne traduisait pas parfois une intention d'exclusion des personnes les moins performantes. Ce constat donne sens à l'expression « bras cassés » revenue 8 fois sur les deux établissements confondus par l'ensemble des catégories professionnelles. Ce terme, employé sans être induit par les questions, reflète toute la difficulté de la question de l'inaptitude au poste de travail. Il traduit l'écart perçu au cours des entretiens entre une position de principe « humaine », et des actes qui obéissent au principe de réalité d'une gestion économique.

L'analyse de la situation effectuée par les membres de la commission est le moment de la compréhension et de la prise de distance de tous les facteurs qui se jouent dans une demande d'adaptation du poste de travail.

### 2.2.3 L'analyse et les propositions

Les membres de la commission examinent les différentes demandes. Dans les deux établissements les dossiers étudiés sont ceux qui n'ont pas trouvé de solution sur le poste d'origine. Pour le DRH de l'établissement B, cette étape permet collectivement, par la confrontation des différents points de vue, de proposer des orientations pertinentes. Il fait ainsi référence à des demandes qui lui paraissent un moyen détourné pour obtenir ou garder des conditions de travail plus favorables. Il y a selon lui « des rentes de situation ». Cet avis est globalement partagé par les autres acteurs. Les tensions les plus fortes entre les membres de la commission trouvent souvent leur origine sur des impressions de manipulation des uns et des autres. Les référents dédiés abondent en ce sens. Ils constatent régulièrement des tentatives d'exploitation du système par certains agents. Une part importante de leur travail, en tant que référent institutionnel consiste à éviter cette dérive. Le référent de l'établissement B, indique que d'ailleurs la mauvaise image des postes aménagés vient en partie des abus qui peuvent exister. Selon son expérience, les pathologies lourdes comme les cancers ou les scléroses en plaques chez de « bons professionnels » sont beaucoup mieux acceptées par leurs collègues.

Le travail en amont de la commission est perçu comme essentiel. L'analyse collective s'appuie sur des comptes-rendus d'entretien. La situation est évaluée sous l'angle médical, administratif, social, et professionnel.

L'évaluation médicale détermine les différentes tâches qui ne peuvent pas être effectuées par l'agent à un moment donné. Malgré des demandes répétées, les médecins du travail regrettent, particulièrement pour l'établissement B, de ne pas avoir à disposition suffisamment de fiches de poste remises par l'encadrement. Une inaptitude ne peut se déterminer que par rapport à une situation de travail clairement identifiée.

L'évaluation administrative réalisée par la direction des ressources humaines permet d'apprécier la situation statutaire de l'agent et ses états de service.

L'aspect social est également pris en compte. Certaines situations, rencontrées notamment dans le cas de conduites addictives, peuvent nécessiter le recours à une aide sociale.

L'évaluation effectuée par le cadre de santé est reconnue comme l'un des éléments essentiels du dossier. Elle fait pourtant l'objet de réserves de la part des membres des deux commissions. L'expérience de l'établissement B est la plus significative. Les propositions d'aménagement sur le poste d'origine sont rares.

Selon le directeur des ressources humaines, ces mauvais résultats s'expliquent par l'insuffisance des contreparties accordées au service.

La notion de compensation se retrouve dans l'ensemble des entretiens. Les cadres de santé et les cadres supérieurs de santé font part de leur mécontentement face à cette situation. Conscients de leur remise en cause, ils affirment être dans l'incapacité de trouver des solutions sans aide. Les directeurs des soins confirment que l'un des plus gros problèmes à régler réside dans la négociation des moyens attribués. Ils considèrent la mise en pôle et la contractualisation interne comme opportunité pour lever ces difficultés et augmenter les aménagements de poste en interne.

Pour eux, il s'agit de la voie à privilégier au regard de l'évaluation des propositions faites au cours des dernières années.

Les reclassements sont proposés en dernier recours comme l'atteste les statistiques des bilans sociaux. Dans chaque établissement quelques cas de reclassements réussis sont cités. Cependant, l'expérience a révélée de nombreux inconvénients.

Les soignants, en particulier les plus qualifiés, sont attachés à leur métier et sont par conséquent souvent hostiles à des propositions de reclassement. Le rapport de l'Assemblée Nationale, l'étude PRESST/NEXT et les travaux préparatoires des deux projets sociaux corroborent ce constat. De plus, le DRH de l'établissement B souligne « qu'une bonne infirmière ne fait pas forcément une bonne secrétaire médicale ». Cette remarque traduit plus généralement que l'élévation du niveau de qualification des emplois hospitaliers rend plus difficile les reconversions.

Par ailleurs, les DRH et les DS ont constaté une disqualification des emplois ou des services qui comptent un nombre important d'agents reclassés. Cette remarque est une remise en cause des politiques antérieures. La tendance passée à concentrer les postes aménagés ou reclassés sur des services réputés moins lourds ou sur des emplois moins pénibles est manifeste. Le rapport annuel du service de santé de l'établissement B le confirme. Cette stratégie semble de l'avis de tous avoir trouvé ses limites.

L'aménagement du poste de travail d'origine est à rechercher en première intention, malgré les difficultés qu'il représente.

#### **2.2.4 L'aménagement du poste de travail d'origine**

L'aménagement des postes de travail des soignants est unanimement considéré comme très difficile à réaliser. Les tâches reliées aux soins imposent des efforts physiques importants et répétés. L'ergonome le confirme. Il est plus facile pour lui d'aménager des postes de travail administratifs ou techniques demandant moins de déplacements et de positions pénibles.

Les cadres de santé font part de leurs difficultés. Les limites de transfert de tâches sur les autres collègues sont vite atteintes et restent souvent théoriques. Les sollicitations des patients au cours d'une journée sont nombreuses et mettent la personne concernée et ses collègues dans des situations qui génèrent des plaintes et /ou des conflits.

Les cadres se sentent seul au cours de cette phase. Les pressions, des équipes, des intéressés, du médecin du travail, sont très présentes dans les entretiens. Ils demandent l'aide de leur hiérarchie et de la direction. Le directeur des soins et le cadre supérieur de santé sont attendus dans le cadre d'une réflexion sur l'organisation du travail dans laquelle est prévue un quota de postes aménagés au sein de chaque pôle. Les modalités de fonctionnement devraient intégrer les remplacements pour arrêts maladie longs et la perte de productivité de l'agent.

Les directeurs des ressources humaines, les directeurs des soins et les cadres supérieurs de santé partagent cet avis et proposent de prévoir ces dispositions dans le cadre des chartes de pôle et de la négociation de moyens.

L'intervention des médecins du travail sur le terrain est également souhaitée par l'encadrement. Elle réduirait leur semble-t-il une incompréhension réciproque. La relation parfois difficile entre les médecins du travail et l'encadrement est perceptible au cours des entretiens. Le manque d'effectif des services de santé est mis en avant par ces derniers. Cette mission leur incombe néanmoins statutairement.

La réussite de l'aménagement du poste de travail s'associe pour l'ensemble des personnes interviewées à la contractualisation entre l'agent, le service, la direction. Cette procédure officialise les engagements réciproques de chacune des parties dans une durée limitée et en fonction de l'évolution des situations.

Elle est conditionnée à la systématisation des fiches de postes aménagés et à une formalisation du système d'évaluation. Les deux établissements se trouvent à une étape intermédiaire dans la mise en œuvre de leur projet.

La contractualisation s'articule avec une démarche de suivi et d'évaluation.

### **2.2.5 Le suivi et l'évaluation**

Pour les deux établissements, les aménagements de poste sont octroyés pour une durée limitée par les commissions. La décision est notifiée à l'agent par courrier. Elle est adressée par le référent dédié sous couvert du directeur des ressources humaines. Avant la fin du contrat, un rendez-vous est proposé par le référent. Ce dernier, dans son rôle de coordination, demande une évaluation auprès du médecin du travail et de l'encadrement.

Au regard de ces différentes évaluations, les membres de la commission font un choix de renouvellement ou non d'aménagement de poste. Il est à noter que les commissions traitent environ 10% de situations nouvelles pour l'établissement A, et 15% pour l'établissement B. Les propositions de retour sur les postes d'origines sont très rares. Nous n'en relevons aucune pour l'année 2006.

Les aménagements réalisés en première intention en interne par le service ne bénéficient pas de cette procédure. Le fonctionnement en place peut expliquer la réticence des cadres de santé à répondre favorablement à des aménagements de poste directement, sans l'intervention de la commission.

Ce constat plaide pour que l'une de nos préconisations s'oriente à ce que l'ensemble des problématiques d'aménagement de poste fasse l'objet d'une décision de la commission.

### **3 LES PRECONISATIONS DU DIRECTEUR DES SOINS**

Le diagnostic établi à partir de l'étude du contexte national dans lequel se pose la problématique de l'adaptation des postes de travail à l'état de santé des soignants et l'expérience de deux établissements dans ce domaine, nous permet de proposer des préconisations en tant que directeur des soins. Elles sont transférables et ouvertes à la créativité et l'innovation que chaque établissement est en mesure d'apporter.

Elles se réfèrent à l'article 4 du décret du 19 avril 2002<sup>41</sup>, « le directeur des soins, coordonnateur général des soins, est nommé par le chef d'établissement. Il exerce, sous l'autorité de ce dernier, des fonctions de coordination générale des activités de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques. Il est membre de l'équipe de direction et dispose par délégation du chef d'établissement de l'autorité hiérarchique sur l'ensemble des cadres de santé ».

Son implication se situe dans une dimension politique et stratégique, le dispositif dédié, le processus d'adaptation des postes de travail, la dynamique de certification.

#### **3.1 Les préconisations au niveau politique et stratégique**

Ses responsabilités en tant que membre de l'équipe de direction l'impliquent dans la politique et les stratégies d'établissement. Il participe à la préparation du projet social et à sa mise en œuvre au sein des pôles. Il élabore un projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques.

##### **3.1.1 Le projet social**

Notre recherche souligne l'importance de l'engagement de la direction dans un projet de maintien à l'emploi des personnes ayant un avis médical d'inaptitude. Cet engagement se traduit par « une politique claire et partagée <sup>42</sup> » dans le projet social de l'établissement.

---

<sup>41</sup> Décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière.

<sup>42</sup> Manuel d'accréditation, ANAES, Direction de l'accréditation et de l'évaluation des pratiques, septembre 2004, p16



En collaboration avec le directeur des ressources humaines, chargé du projet social, le directeur des soins facilite la concertation et la participation des soignants à des groupes thématiques de travail. La connaissance et l'appropriation d'un projet sont largement conditionnées par l'implication des personnels dans son élaboration. Une communication claire est indispensable. La qualité du relais de l'encadrement dans cette démarche est un gage de garantie d'une telle opération. Des résultats attendus en fonction d'objectifs sont intégrés dans l'évaluation des cadres.

La communication passe par les instances auxquelles participe le directeur des soins. Le Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de travail (CHSCT<sup>43</sup>) constitue l'organe consultatif privilégié où doivent être débattues toutes les questions techniques touchant à la santé et à la sécurité collective et individuelle des agents hospitaliers. Le Comité Technique d'Établissement (CTE<sup>44</sup>) est consulté sur les conditions et l'organisation du travail, notamment les programmes de modernisation des méthodes et techniques de travail et leurs incidences sur la situation du personnel.

Par son expertise des organisations des équipes paramédicales, le directeur des soins est un interlocuteur favorisant le dialogue avec les représentants des organisations syndicales.

La communication auprès de la Commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT<sup>45</sup>) est de la compétence propre du directeur des soins. Elle sera abordée ultérieurement.

La participation des personnels à un projet se pérennise en fonction des améliorations perçues dans la pratique quotidienne. La diminution de la pénibilité du travail et l'aménagement satisfaisant des postes sont les principales attentes des agents. Jean-Robert Chevallier<sup>46</sup>, directeur des ressources humaines, attire l'attention sur le fait que « les conditions de travail sont un volet obligé du projet social et la déclinaison de mesures visant à l'améliorer est impérative, d'autant qu'une fois reprise dans le volet

---

<sup>43</sup> Décret modifiant le code du Travail et relatif aux CHSCT dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière

<sup>44</sup> Dans le cadre de la nouvelle gouvernance les compétences du CTE sont redéfinies à l'article R. 6144-40 du Code de la Santé publique (CSP)

<sup>45</sup> L'article L. 6146-9 CSP substitue une CSIRMT à la commission du service de soins infirmiers (CSSI) créée par la loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière

<sup>46</sup> Guide méthodologique d'élaboration, de négociation et de suivi du projet social, *le projet social : un élément moteur de la réussite du projet d'établissement*, p 5 [www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr)

social du contrat d'objectifs et de moyens, ces dernières auront vocation à générer un éventuel financement du fonds de modernisation sociale <sup>47</sup> ».

Une politique de maintien à l'emploi demande un investissement financier. Des dossiers argumentés auprès de l'Agence Régionale d'Hospitalisation (ARH) sont susceptibles d'accompagnement financier. Les deux établissements de notre étude en ont bénéficié.

Le retour sur investissement sera notamment mesurable par la diminution des arrêts maladies.

Cette dynamique de concertation des personnels et de recherche d'efficience se retrouvent dans l'esprit de la nouvelle gouvernance <sup>48</sup>.

### **3.1.2 La nouvelle gouvernance**

Le directeur des soins relaie la politique sociale de l'établissement au niveau de ses responsabilités hiérarchiques sur les cadres supérieurs de santé. Sous l'autorité fonctionnelle du médecin responsable de pôle, ces derniers gèrent les effectifs et les organisations des équipes soignantes. Le directeur des soins assure la cohérence et l'équité de la gestion des postes adaptés sur l'ensemble de l'établissement. Cet objectif vise à diminuer les disparités relevées au cours de l'analyse. Chaque pôle s'organise pour trouver des solutions individualisées. Nous passons d'une gestion des personnels à une gestion des personnes.

Une approche transversale s'impose ici, dans une problématique qui touche l'ensemble des personnels et nécessite la mobilisation et la coordination d'acteurs appartenant à des disciplines différentes.

Chaque pôle est parti prenante de cette politique. Un volet social est inclus dans le projet de pôle et débattu lors des conseils de pôle <sup>49</sup>. Les modalités pratiques de sa mise en œuvre sont prévues. Des objectifs sont fixés en terme de possibilité d'aménagement de poste et les moyens octroyés sont accordés dans le cadre de la contractualisation interne. L'encadrement aménage les postes de travail en collaboration avec les autres acteurs hospitaliers impliqués.

---

<sup>47</sup> Décret n° 200-684 du 20 juillet 2000 relatif aux missions du fonds d'accompagnement social pour la modernisation des établissements de santé institué par l'article 25 de la loi n° 97-1164 du 19 décembre 1997 de financement de la sécurité sociale.

<sup>48</sup> Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé

<sup>49</sup> Les Conseils de pôle sont prévus à l'article L. 6146-2 CSP. Décret du 26 décembre 2005.

En tant que directeur des soins, nous intégrons la politique sociale de l'établissement et les principes d'organisation de la nouvelle gouvernance dans le projet de soins infirmiers, de rééducation, et médico-techniques.

### **3.1.3 Le projet de soins infirmiers, de rééducations et médico-techniques**

Le projet de soins a pour vocation première l'organisation de la prise en charge de la personne et de son entourage dans une recherche permanente de qualité et de sécurité. Cependant, la réalisation de cet objectif est corrélée à la capacité des soignants à effectuer dans de bonnes conditions leurs missions au sein de leur équipe. En ce sens, le développement de certains axes du projet social implique la direction des soins, notamment pour les thèmes qui participent à l'amélioration du dispositif de maintien à l'emploi.

Ces préconisations s'envisagent sous l'angle de la formation, de l'amélioration des conditions de travail, de la gestion prévisionnelle et perspective d'emploi.

#### **↳ La formation au bénéfice de l'aptitude**

La formation initiale permet aux professionnels d'acquérir les compétences de base nécessaires à l'exercice de leur profession. Ensuite, la formation continue offre aux agents la possibilité d'adapter leurs compétences au niveau d'exigence de leur poste de travail ou encore, d'évoluer vers d'autres fonctions dans le cadre de leur projet professionnel.

Le directeur des soins gestion s'implique dans la formation initiale. Le 5<sup>ème</sup> alinéa de l'article 4 du décret du 19 avril 2002 précise que «il contribue à l'élaboration des programmes de formation et est responsable des étudiants lors de leurs stages au sein de l'établissement ». Lors de l'enquête, le manque de prise de conscience des stagiaires sur les conséquences de mauvaises postures de travail est souvent évoqué.

Dans le cadre du partenariat qu'il développe avec le directeur des soins formation, nous préconisons la mise en place de groupes de réflexion sur le thème de la santé au travail animés par les professionnels. L'enseignement des techniques de manutention est assuré par des kinésithérapeutes. Les mises en situation professionnelle et les évaluations de stage s'intègrent dans la dimension pédagogique de prévention de l'inaptitude au travail pour raison de santé.

La formation continue tout au long de la vie professionnelle prolonge cette démarche. Impliqué dans l'élaboration du plan de formation continue, le directeur des soins favorise l'accès des équipes paramédicales à des formations de manutention.

Une attention particulière est à porter aux ASH. Ils ne bénéficient pas de formation initiale et sont pourtant au quotidien confrontés à la mobilisation de patients.

Outre son axe préventif, la formation continue est un outil indispensable à la démarche d'adaptation des postes de travail à l'état de santé des agents. En cas d'inaptitude médicale, un projet de formation permet de développer des compétences nouvelles qui offrent de nouvelles perspectives. Certains cadres regrettent que faute de solutions concertées, des agents soient envoyés en formation sans réelle possibilité de mettre en pratique leurs nouveaux savoirs. En effet, la viabilité d'un projet de formation repose sur la motivation des agents, leurs capacités intellectuelles, physiques et mentales, les besoins de l'établissement. Pour cela, il est élaboré dans le cadre d'une évaluation régulière avec l'encadrement, prenant en compte les ressources de l'établissement.

#### ↳ L'amélioration des conditions de travail

Les conditions de travail génèrent une partie importante des inaptitudes médicales. Les données nationales et l'enquête de terrain attestent de conditions d'exercice difficiles des équipes paramédicales, en particulier pour les ASH et les AS.

La qualité du matériel est souvent remise en cause. Le manque de lits et de fauteuils adaptables aux tâches, le poids de certains chariots à linge ou alimentaire sont souvent signalés. Le directeur des soins en lien avec les cadres supérieurs de santé soutient un programme de modernisation du matériel en fonction des besoins du service. Dans le cadre du Programme Annuel de Prévention des Risques Professionnels et des Accidents de Travail (PAPRIACT)<sup>50</sup>, il appartient au CHSCT, au service de santé au travail, à la direction, de définir des achats de matériels qui pourront être financés par le fonds de modernisation des établissements de santé (FMES). Ils sont obtenus après négociation avec l'ARH.

Cependant au regard des témoignages de l'encadrement, il ressort que la formation et l'achat de matériel ne suffisent pas toujours à changer les pratiques. L'utilisation partielle des lèves malades en est l'illustration. Un travail de fond des cadres de santé s'avère indispensable pour changer des habitudes de travail nocives pour la santé.

Le travail en binôme IDE/AS ou AS/ASH, souvent cité dans les entretiens comme bénéfique pour les soignants et les patients, est à développer. Il constitue un axe d'amélioration du projet de soins.

---

<sup>50</sup> Le PAPRIACT est prévu par la loi n° 91-1405 du 31 décembre 1991 relative à la formation professionnelle et l'emploi

Nous préconisons des formations actions à l'analyse des situations de travail. Sur la base du volontariat. Une aide technique et méthodologique assurée, par exemple, par l'Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail (ANACT<sup>51</sup>) dans le cadre d'un partenariat est possible.

Les actions de formation et d'amélioration des conditions de travail s'articulent avec une Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences (GPEC).

#### ↳ La gestion prévisionnelle et prospective des emplois

Si les personnels représentent 70% des dépenses d'exploitation des établissements publics de santé, il faut souligner qu'ils constituent sa richesse principale. Ce capital se préserve et se bonifie dans le cadre d'une GPEC qui favorise l'aptitude des agents tout au long de leur carrière. Le directeur des soins, responsable des personnels paramédicaux participe à cette gestion avec le directeur des ressources humaines. Son statut précise «il participe à la gestion des personnels des activités de soins dont il propose l'affectation <sup>52</sup>».

Une GPEC implique de prévoir les inaptitudes pour raisons médicales afin d'y apporter des réponses au bénéfice des agents et de l'établissement.

Les dirigeants mettent en place des tableaux de bord leur permettant de disposer d'indicateurs pertinents. La pyramide des âges, l'absentéisme, les demandes d'aménagements de postes et de reclassements sont les principaux.

L'analyse prospective des besoins en compétences en fonction du contexte et du projet d'établissement offre des perspectives de reconversion professionnelles ouvertes en priorité aux agents titulaires. Les recrutements se réalisent en second lieu après avoir étudié les possibilités d'évolution interne.

Pour l'ensemble de ces axes, la CSIRMT<sup>53</sup>, présidée par le directeur des soins, apporte sa contribution à l'élaboration du projet de soins. Elle s'organise en groupes de travail sur des thèmes qu'elle a choisis.

Au regard des expériences des deux établissements enquêtés nous préconisons que cette politique s'appuie sur un dispositif institutionnel dédié.

---

<sup>51</sup> L'ANACT dispose d'un site Internet : [www.anact.fr](http://www.anact.fr)

<sup>52</sup> Alinéa 4 de l'article 4 du décret du 19 avril 2002 cité précédemment.

<sup>53</sup> Décret n° 2005-1656 du 26 décembre 2005 relatif aux conseils de pôles d'activité et à la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques

## **3.2 Un dispositif dédié**

Les entretiens exploratoires menés auprès de la promotion 2007 des directeurs de soins indiquent que les dispositifs structurés s'orientent sur le choix d'une commission et d'un référent dédiés.

### **3.2.1 Une commission dédiée**

Ses nombreuses appellations reflètent la diversité des conceptions et parfois leurs ambiguïtés. Nous pouvons citer à titre d'illustration la commission médico-sociale, la commission de reclassement, la commission sociale, l'espace médico-social, la commission de maintien à l'emploi...

Compte-tenu des représentations négatives que nous avons relevé envers les salariés devenus inaptes, totalement ou partiellement, à leur poste de travail, nous préférons retenir une appellation à connotation positive proposée par Alexandre Fritsch<sup>54</sup> : « commission d'aptitude aux postes ».

Elle est composée du directeur des ressources humaines, du directeur des soins, du médecin du travail, de l'assistant social du personnel, du référent institutionnel. Selon les choix et la taille des établissements d'autres personnes peuvent y siéger (un ergonomiste, un psychologue du personnel...).

### **3.2.2 Un référent dédié**

Nous retenons également la création d'un poste de référent affecté à la direction des ressources humaines. Son temps d'affectation varie selon la taille de l'établissement. Tout comme pour la commission, son appellation varie. Dans la logique d'une représentation positive, nous l'appellerons le référent « santé au travail ». Le choix des deux établissements de l'enquête de faire appel à un cadre supérieur de santé est considéré comme une plus-value par les différents acteurs hospitaliers.

Sa connaissance des métiers et des organisations soignantes facilite les démarches d'adaptation des postes. Son savoir faire est également reconnu au niveau des autres secteurs d'activité pour lesquels il intervient .Il assure un suivi individuel et coordonne les actions des différents acteurs

---

<sup>54</sup> FRITSCH A, *Les postes aménagés à l'hôpital : recenser pour anticiper*, élève directeur d'hôpital, ENSP, 2000

### **3.2.3 L'implication du directeur des soins dans ce dispositif**

Le directeur des soins siège à la commission. Sa place particulière dans l'institution lui confère sociologiquement un rôle de marginal sécant<sup>55</sup>. Membre de l'équipe de direction et responsable des équipes paramédicales, il est positionné au carrefour des différentes logiques mises en jeu lors des débats de la commission. Il facilite ainsi la recherche de propositions prenant en compte la complexité des situations.

Il convient maintenant de s'attacher aux préconisations concernant le processus proprement dit.

### **3.3 Le processus d'adaptation des postes de travail**

Un processus<sup>56</sup> est un ensemble d'activités corrélées ou interactives qui transforme des éléments d'entrée en éléments de sortie (ISO 9000 :2000).

Les préconisations suivent les trois étapes du processus d'adaptation du poste de travail à l'état de santé de l'agent : le signalement, l'analyse, l'aménagement de poste et le suivi. Ce processus a pour objectif de passer par un aménagement du poste de travail d'une situation professionnelle d'inaptitude pour raison de santé à une situation d'aptitude.

#### **3.3.1 Le signalement**

Le signalement détermine le moment où est repéré le cas de la personne qui, pour raison médicale, éprouve des difficultés à tenir son poste de travail et en faveur de laquelle il s'agit de mener collectivement une réflexion sur les conditions de poursuite de son activité professionnelle. La qualité principale du signalement réside dans sa précocité.

L'agent est le premier susceptible de signaler les difficultés qu'il rencontre. Cependant la pratique montre que ce dernier n'est pas toujours en mesure de le faire pour des raisons diverses. Le déni de la maladie par exemple dans les cas d'addiction à l'alcool, la crainte de devoir changer de service, le regard des collègues et de la hiérarchie sont autant de freins que nous avons relevé au cours des entretiens. Par ailleurs, l'enquête PRESST-NEXT indique que de nombreux soignants déclarant avoir des problèmes de santé ne sont pas suivis médicalement. Ces deux facteurs augmentent l'aggravation des troubles et les inaptitudes qui en découlent.

---

<sup>55</sup> FRIEDBERG E, *L'analyse sociologique des organisations*, Revue POUR 1988, p 40

<sup>56</sup> Manuel d'accréditation, glossaire p 104

Dans le cadre de la santé au travail, la précocité du signalement du salarié en difficulté pour raison de santé conditionne pour une large part la réussite d'un maintien au poste de travail.

Il peut émaner de différents acteurs hospitaliers, le médecin du travail chargé de prévenir toute altération de la santé des salariés, le délégué syndical représentant les salariés auprès du chef d'établissement, les collègues, le supérieur hiérarchique. Il intervient à différents moments : lorsque la personne est encore à son poste, pendant un arrêt, lors de la reprise.

Nous allons plus particulièrement nous intéresser au rôle de l'encadrement dans cette première phase du processus.

De par leurs missions, les cadres de santé évaluent les organisations soignantes et les personnels paramédicaux. Le directeur des soins a la responsabilité de prévoir et de mettre en place un dispositif institutionnel qui leurs permettent d'exercer dans les meilleures conditions possibles cette mission.

Nous proposons que le signalement relève de cette évaluation, souvent rendu difficile par la dimension affective qui peut être en jeu. Les situations de rejet ou de surprotection nuisent à la recherche de solutions satisfaisantes. Pour lever cette difficulté, le signalement se réalise donc à la suite d'une procédure d'évaluation dont le directeur des soins est le garant. Si la situation l'exige, l'évaluation peut se dérouler de manière exceptionnelle, en dehors des dates de planification habituelle. Le signalement s'inscrit ainsi dans un cadre institutionnel formalisé et sécurisant. Ce contexte facilite l'instauration de rapports professionnels favorables à un dialogue, sans perdre pour autant leur humanité.

Cette préconisation s'inscrit dans le cadre de la certification. La référence 9.d du manuel d'accréditation précise que «l'évaluation des personnels est mise en œuvre. Chaque membre du personnel doit pouvoir bénéficier d'une évaluation à travers des procédures et des outils (adaptés aux différents secteurs d'activité) : formation des évaluateurs, guide d'entretien, calendrier, objectifs fixés et évalués, besoins de formation identifiés, etc. ».

La formation des évaluateurs est un préalable à toute mise en œuvre d'une procédure d'évaluation. Les cadres de santé ont la responsabilité d'évaluer les agents dont ils assurent l'encadrement.



Le plan de formation continue prévoit en ce sens, des formations aux cadres en fonction de leur degré d'appropriation et de maîtrise de l'évaluation des personnels. Nous proposons d'intégrer cette compétence comme un objectif à développer pour chaque cadre lors de son évaluation annuelle par son supérieur hiérarchique.

Hervé Leteurtre<sup>57</sup> précise qu'aucun système d'évaluation ne peut être dissocié d'une analyse du contenu du travail à évaluer (fiches de poste) et d'une détermination des critères d'appréciation de ce travail (critères d'évaluation). Pierre Caspar et Jean Guy Millet<sup>58</sup> attirent l'attention sur le fait que «la définition du poste consiste à décrire les tâches principales permettant d'atteindre un but, ainsi que les moyens dévolus au titulaire du poste ».

Ces remarques soulignent l'importance pour une institution de disposer de fiches de postes et de grilles d'évaluation servant de support lors de l'entretien d'évaluation. Nous préconisons donc la généralisation des fiches de poste. Nous proposons de porter sur l'ensemble des fiches de poste des critères de pénibilité pour chaque tâche répertoriée : charge mentale faible /moyenne/forte et charge physique faible/moyenne/forte. Les affectations sont ainsi dès le départ graduées en fonction des capacités physiques et psychiques que le poste exige. Ce dispositif assure un aspect préventif utile par exemple pour la gestion de la deuxième partie de carrière. Les fiches sont élaborées par le cadre de proximité avec le titulaire du poste. Elles sont validées par la direction des ressources humaines et communiquées au service de santé au travail. Dans les cas de demande d'aménagement de poste, elles serviront à étudier les adaptations possibles à l'état de santé de l'agent. L'intégralité des exigences du poste d'origine figure sur la nouvelle fiche avec les modifications accordées pour raisons médicales pour un temps donné.

Nous préconisons également, l'utilisation d'une grille d'évaluation connue par l'évaluateur et l'évalué. Elle sert de support à la négociation d'objectifs à atteindre dans le cadre d'une contractualisation.

Ces outils ont l'intérêt d'apporter de l'objectivité, dans un domaine où la subjectivité et les affects parasitent parfois les décisions à prendre, particulièrement quand un signalement est en jeu.

---

<sup>57</sup> LETEURTRE H, *L'évaluation des performances du personnel à l'hôpital*, ESF, Paris, 1991

<sup>58</sup> CASPAR P, MILLET J-G, *Apprécier et valoriser les hommes*, Editions Liaisons, Paris, 1993

Nous terminerons en rappelant que pour l'encadrement, le signalement est motivé par la constatation de difficultés d'un agent en situation de travail. La recherche de leurs causes médicales relève exclusivement du médecin du travail et est garantie par le secret médical. Enfin le signalement doit être recherché avec le consentement de la personne. Le climat de confiance établi entre le cadre et l'agent s'avère particulièrement décisif dans cette démarche. En tout état de cause, il appartient au cadre de signaler un état de santé qui met en danger l'intéressé et ou ses collègues, et qui compromet la qualité et la sécurité des patients. Quelque soit le contexte, l'agent est informé des décisions qui le concernent. Le cadre agit sous la responsabilité du cadre supérieur de santé à qui il rend compte régulièrement de la situation.

Le médecin du travail est la seule personne habilitée à se prononcer sur l'aptitude ou l'inaptitude d'un agent à occuper son poste de travail. Un signalement accompagné d'une fiche d'inaptitudes entraîne la phase de l'analyse.

### **3.3.2 L'analyse**

Une analyse pertinente repose sur la confrontation de points de vue différents, elle doit donc être le fruit d'un travail collectif. Nos préconisations vont dans ce sens.

L'analyse se déroule lors de la commission dédiée avec l'ensemble de ses membres. La qualité de cette phase dépend du travail effectué en amont.

Le référent affecté à la DRH coordonne et prépare l'ensemble des informations nécessaires à la recherche de solution adaptée à la personne et à l'établissement. En tant que référent institutionnel, lors d'un entretien il informe l'agent sur la procédure qui s'engage et définit son rôle. Il établit un premier bilan, en incitant notamment l'agent à exprimer son ressenti face à ses difficultés et à clarifier ses aspirations.

Chaque membre de la commission fait part de son analyse en fonction de son statut et de sa connaissance de la situation de l'agent.

La participation du cadre supérieur de santé et du cadre de santé à la commission est un choix d'établissement qui dépend pour beaucoup de sa faisabilité. Les évaluations faites par l'encadrement sont dans tous les cas transmises au directeur des soins. L'ambiance au sein de l'équipe, la qualité de la relation avec l'encadrement, la présence de personnes ressources, la motivation et le vécu de l'agent sont des éléments importants à connaître. Ils déterminent les choix de propositions.

La commission dispose des fiches de poste des agents concernés. Elle consulte les statistiques des pôles en matière d'absentéisme, de postes aménagés et autres informations relatives à l'environnement.

La liste des postes vacants ou susceptible de l'être est adressée à la commission avant sa publication. A compétences égales, les agents inaptes à leur poste de travail sont prioritaires au titre de la solidarité. Cette disposition est validée après une consultation du CHSCT.

L'analyse doit permettre d'éviter une dérive qui apparaît fortement dans les entretiens. Les deux établissements sont confrontés à la difficulté d'une instrumentalisation du dispositif. La catégorisation entre les « vrais malades et ceux qui le seraient moins » est apparue. Cette distinction est partagée par l'ensemble des personnes interviewées. La suspicion d'utiliser pour certains agents un problème de santé de façon à obtenir ou conserver des bénéfices secondaires est fortement ressentie. L'analyse collective prend ici tout son sens en évitant que les décisions ne reposent que sur une seule personne. Les entretiens ont mis à jour des tensions liées à des positions différentes des membres de la commission.

Les propositions qui résultent de l'analyse prennent en compte des évolutions des troubles physiques et ou psychiques. La qualité d'une proposition s'inscrit dans le temps et anticipe ainsi une mise en échec évitable.

Un bilan de compétence peut compléter les évaluations établies par le cadre de santé pour évaluer le potentiel de l'agent.

L'analyse approfondie de la situation de l'agent débouche sur une proposition d'adéquation du poste de travail à l'état de santé de l'agent. La politique d'établissement encourage en premier lieu, quand il n'y a pas de contre indication, la recherche d'une solution au sein du pôle en mettant la priorité sur l'aménagement du poste d'origine. Ce choix se fonde sur les études et rapports nationaux et les expériences locales des deux établissements enquêtés.

### **3.3.3 L'aménagement de poste**

Nous préconisons une recherche d'aménagement de poste en quatre étapes qui implique l'agent, le cadre, l'équipe, et le médecin du travail. Une fiche de liaison élaborée par l'établissement reprend chaque étape. Nous précisons les conditions institutionnelles nécessaires au bon déroulement de la démarche.

Tout d'abord, le cadre avec l'agent procède à un inventaire rigoureux des tâches incombant au poste d'origine. L'ensemble des l'activités est regroupé selon quatre catégories principales de situations générant de la pénibilité.

Le temps journalier d'exposition est évalué sur :

- le travail assis
- le travail debout
- les ports de charges
- les mouvements répétitifs
- les autres contraintes sont laissées à l'appréciation de chacun.

Ce premier temps facilite le dialogue à partir d'une évaluation commune entre le cadre et l'agent sur la perception des conditions de travail. Cette étape permet aux deux parties de s'accorder sur l'écart entre le travail prescrit et le travail réalisé. Les éventuels dysfonctionnements organisationnels incombant au service ou à l'agent lui-même peuvent faire l'objet de premières mesures correctives. La fiche renseignée est datée et signée par le cadre et l'agent.

Elle est ensuite remise au service de santé au travail. Le médecin du travail et l'agent apprécient pour chaque tâche sa faisabilité en portant une mention : possible/avec restriction/impossible. Les inaptitudes émises par le médecin du travail sont mises en relation avec le quotidien professionnel de l'agent. Les restrictions sont détaillées le plus précisément possible. La fiche est datée et signée par le cadre et le médecin.

Le cadre recherche ensuite avec l'agent et l'équipe les aménagements possibles. Le médecin du travail, l'ergonome, peuvent apporter leur contribution sur le terrain lors de cette étape. Une négociation s'engage avec l'ensemble des acteurs impliqués directement dans la situation de travail. Il s'agit pour le cadre de santé et le cadre supérieur de santé d'instaurer une recherche collective d'aménagement de poste. L'implication et les propositions de chacun garantissent une répartition équitable du travail et diminuent les contestations possibles.

Au regard de l'analyse des entretiens, il apparaît important de délimiter deux cas de figure en lien avec la réalité de terrain. Cette règle institutionnelle favorise l'acceptabilité et la faisabilité d'un aménagement de poste. Elle reprend l'idée de contrepartie équitable pour chacun, émise par l'ensemble des personnes interviewées comme la condition indispensable à la réussite d'un tel projet.

Lorsque l'agent ne peut plus faire au maximum 20% de son activité, l'ensemble de l'équipe accepte de prendre les 20% du travail de l'agent inapte. Ce dernier en contrepartie réalise d'autres tâches qui garantissent de ne pas augmenter la charge de travail de ses collègues. Des commandes réalisées sur informatique ou des fonctions d'accueil peuvent être ainsi transférées.

Dans le cas où l'inaptitude entraîne une surcharge de travail supérieure à 20%, une compensation en terme de poste est négociée. Ces dispositions sont développées dans le volet social du projet de pôle. Elles font l'objet de négociation de moyens dans le cadre de la contractualisation interne du pôle. L'expérience des établissements indique en effet qu'une équipe est en difficulté lorsque ce seuil est dépassé.

Les arrêts maladies sont anticipés. Le directeur des ressources humaines et le directeur des soins mettent en place un service infirmier de compensation et de suppléance (SCICS) dimensionné en fonction d'une analyse précise des besoins de remplacement longs au niveau de l'établissement. Certains agents, particulièrement dans le cas de pathologies évolutives, nécessitent des arrêts de travail pour équilibrer un traitement ou tout simplement récupérer. Une reprise thérapeutique à temps partiel implique également un renforcement de l'équipe.

La fiche est examinée en commission. Les propositions argumentées sont soumises à validation. Pour les cas qui n'ont pas abouti à une solution en interne, d'autres propositions sont recherchées : changement de pôle, reclassement, retraite. Pour les autres, une contractualisation formalise l'aménagement de poste.

Il s'agit d'un contrat tripartite entre l'agent, le cadre, le directeur des ressources humaines. Il prévoit les conditions d'aménagement du poste, les modalités de suivi et d'évaluation. Chaque partie s'engage à respecter les termes du contrat.

### **3.3.4 Le suivi et l'évaluation**

Le médecin assure le suivi médical. Le cadre de santé est pour sa part chargé de l'accompagnement au quotidien de l'agent en veillant à garder la bonne distance, c'est-à-dire dans une bienveillance professionnelle. Comme nous l'avons vu, une procédure d'évaluation instituée à l'échelle de l'établissement et des cadres formés à cet exercice offre la meilleure des garanties. Les objectifs sont évalués en fonction des résultats. Les retours sur des postes non aménagés font partie des indicateurs qui pourront attester de la pertinence du dispositif.

L'ensemble de ces préconisations s'inscrit dans une dynamique institutionnelle d'amélioration continue de la qualité. Nous terminerons par conséquent par ce domaine.

### **3.4 Certification et Evaluation des Pratiques Professionnelles**

L'obligation pour les établissements publics de santé de s'engager dans un processus de certification se présente comme une opportunité pour impliquer les professionnels dans une démarche de prévention et d'adaptation des conditions de travail.

#### **3.4.1 Une dynamique institutionnelle d'amélioration continue de la qualité**

Nous inscrivons ces préconisations dans la démarche de certification des établissements de santé. La référence 3.c du chapitre 1 du manuel d'accréditation, s'intitule « L'amélioration des conditions de travail et la prévention des risques professionnels font partie des objectifs de la politique des ressources humaines ». Les critères d'évaluations indiquent que « les conditions de travail doivent être évaluées à périodicité définie, notamment dans le cadre de la prévention des risques professionnels. Une politique de suivi et de gestion, adaptée aux personnels ayant des problèmes de santé, ou présentant un handicap, est mise en place ».

#### **3.4.2 L'Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP)**

Les EPP seront à l'avenir élargies aux professions non médicales. L'analyse des processus est au cœur du métier de directeur des soins. Nous préconisons donc une évaluation du processus de recherche d'un aménagement de poste de travail.

Nous proposons une grille d'évaluation du processus d'aménagement du poste de travail.

<b>Critères</b>	<b>Indicateurs processus</b>	<b>Indicateurs résultats</b>	<b>Indicateurs performance</b>
<b>Pertinence du signalement</b>	Nombre de personnes intervenant dans le signalement. Combien de cadres ? A quel moment ?	Nombre de signalements	Précocité des signalements
<b>Pertinence de l'analyse</b>	Nombre de personnes impliquées dans l'analyse	Nombre de propositions d'aménagement de poste	Taux de retour positif des propositions Taux aménagements / reclassements
<b>Pertinence de l'aménagement de poste</b>	Nombre de personnes impliquées pour chaque recherche	Nombre de postes aménagés	Taux d'aménagement de poste sur : le poste d'origine au sein du pôle autre pôle
<b>Pertinence du suivi et évaluation</b>	Nombre et qualité des personnes impliquées. A quel moment ?	Nombre d'évaluations	Taux de retour sur poste ordinaire Taux de satisfaction des intéressés

## Conclusion

Le statut des fonctionnaires s'inscrit dans une logique de carrière. Un cadre législatif et réglementaire protège leur emploi tout au long de leur parcours professionnel. Néanmoins, des troubles de la santé peuvent remettre en question l'aptitude au poste de travail d'origine.

Comme le montre notre étude, cette problématique fait l'objet d'une attention particulière dans le volet social des projets d'établissements, tant par des mesures préventives que par la mise en place d'un dispositif dédié.

Cependant, la volonté politique ne suffit pas. Une réelle démarche collective s'impose dans le processus d'adaptation du poste de travail. De par son positionnement institutionnel, l'implication du directeur des soins y est essentielle. Son rôle auprès des cadres supérieurs de santé s'avère prépondérant.

En ce sens, les réformes hospitalières constituent une opportunité à saisir. La place des cadres supérieurs de santé au sein des pôles offre un levier d'action pour le directeur des soins. Sa participation à la mise en œuvre de la politique sociale de l'établissement au niveau des pôles repose sur la qualité des relais qu'il instaure avec l'encadrement supérieur. Comme le souligne Mireille Bras<sup>59</sup> « nous avons désormais un véritable rôle d'interface entre les disciplines et les pôles, la direction et le Comité Exécutif (CE), afin de favoriser la synergie des énergies et des ressources ».

Avant notre prise de fonction, nous privilégions comme le propose Vincent Gaulêjac<sup>60</sup> « une gestion humaine des ressources » à une gestion des ressources humaines. Nous réaffirmons que la capacité du directeur des soins à « prendre soins » des équipes paramédicales est une garantie pour que ces dernières soient elles-mêmes en capacité de prendre soins des patients.

---

<sup>59</sup> BRAS M, Directrice des soins CHU de Nantes, interview, [www.reformes-hospitalieres.com](http://www.reformes-hospitalieres.com)

<sup>60</sup> GAULÊJAC V, *La société malade de gestion : Idéologie gestionnaire, pouvoir managérial et harcèlement social*, Seuil, Paris, 2005.



---

## Sources et Bibliographie

---

### Ouvrages :

ARBORIO A.M, *Un personnel invisible : les aides-soignantes à l'hôpital*, Paris, Anthropos, col. « Sociologiques », 334p, 2001

CASPAR P, MILLET JG, *Apprécier et valoriser les hommes*, Editions Liaisons, Paris, 1990, 228 p

COLLECTIVITE AUTEUR, *Le maintien à l'emploi en questions*, ENSP, Rennes, 2000, 223 p

CROZIER M et FRIEDBERG E., *L'acteur et le système*, Paris, Le Seuil, 1977, 498 p

FREDON A, HU YEN TACK A, *Le médecin du travail dans les établissements publics de santé*, Bordeaux, Les études hospitalières, 144p

FRIEDBERG E, *L'analyse sociologique des organisations*, Revue POUR 1988,126 p,

GAULÉJAC V, *La société malade de la gestion : Idéologie gestionnaire, pouvoir managérial et harcèlement social*, Seuil, Paris, 2005

HERZLICH C, *Santé et maladie*, Editions de l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, Paris, 1992, 210 p

HESBEEN W, *La Réadaptation*, Paris, Editions Lamarre, 1994, 208 p

LETEURTRE H, *L'évaluation des performances du personnel à l'hôpital*, ESF, Paris, 1991, 140 p

QUIVY R, CAMPENHOUDT L.V, *Manuel de recherche en sciences sociales*, Dunod, Paris, 1995, 284 p

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

### Mémoires :

DEFRAIN P, *Améliorer la gestion des personnels soignants en difficulté*, mémoire de Directeur des soins, ENSP, 2005, 65 p.

FRITSCH A, *Les postes aménagés à l'hôpital : recenser pour anticiper*, élève directeur d'hôpital, ENSP, 2000, 66 p.

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

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

## **Enquêtes et rapports :**

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

Etude PRESST-NEXT, ESTRYN-BEHAR, *Santé et satisfaction des soignants au travail en France et en Europe*, 64 p, [www.Presst-next.fr](http://www.Presst-next.fr)

Etude VISAT, *Vieillesse, Santé, Travail*, 2006, [www.asso-visat.com](http://www.asso-visat.com)

Assemblée Nationale *Solidarité et intégration, handicap et dépendance*, Commission des affaires culturelles, familiales et sociales sur le projet de loi de finances pour 2007 (N°3364), 44 p, [www.assemblee-nationale.fr](http://www.assemblee-nationale.fr)

Rapport annuel fonction publique, faits et chiffres 2005-2006, [www.fonction-publique.gouv.fr](http://www.fonction-publique.gouv.fr)

Etudes et résultats, N° 335, août 2004, DREES, <http://www.sante.gouv.fr/drees/index.htm>

*Les interruptions d'activité pour raisons de santé au cours de la vie professionnelle*,

Etudes et résultats, N° 418, juillet 2005, <http://www.sante.gouv.fr/drees/index.htm>

*Quels dispositifs de cessation d'activité pour les personnes en mauvaise santé*, Etudes et résultats, N° 492, août 2006, DREES, <http://www.sante.gouv.fr/drees/index.htm>

## **Articles :**

*Handicap et travail*, 10 p [www.inrs.fr](http://www.inrs.fr)

*Le maintien à l'emploi*, 5 p, <http://www.handipole-maintien.org>

*Les conséquences de l'inaptitude du salarié*, 2 p [www.travail.gouv.fr](http://www.travail.gouv.fr), mise à jour 13 janvier 2006

*Absences au travail pour raison de santé dans les établissements hospitaliers*, Analyse conjoncture, [www.sofcah.com](http://www.sofcah.com), 8 p, juin 2006

*Les avis d'aptitude du salarié délivrés par le médecin du travail*, Liaisons sociales quotidien n° 925, 4 mars 2005

## **Autres :**

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

Plan santé au travail 2005-2009, [www.travail.gouv.fr](http://www.travail.gouv.fr)

Répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière, lexique des termes utilisés dans les fiches métiers du répertoire, 3 p, [www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr)

Guide méthodologique pour l'élaboration, la négociation et le suivi du projet social, rubrique : publications, [www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr)

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

---

## Liste des annexes

---

Annexe 1 : grille d'entretien

Annexe 2 : grille d'analyse thématique de contenu

## Annexe n°1

**Grille des entretiens réalisés auprès des DRH, DS, Médecins du travail, cadres supérieurs de santé, cadres de santé, référents dédiés, représentants des personnels, ergonome.**

Quelles sont les principales causes d'inaptitudes au poste de travail des soignants ?

Quel dispositif a mis en place en place l'établissement ? Est-il formalisé dans le projet social ?

Comment se déroule le processus d'adaptation du poste de travail à l'état de santé d'un agent ? Quel y est votre rôle ?

Quelles propositions sont faites aux agents ?

Quelle évaluation faites-vous de ces propositions ?

Quelles améliorations pourraient être apportées au dispositif actuel ?

Y-a-t-il d'autres éléments que vous aimeriez développer ?

## Annexe n°2

### Grille d'analyse thématique de contenu

<b>Thèmes développés pour l'analyse de processus</b>	<b>Entretien n° Points forts</b>	<b>Documents officiels et institutionnels</b>	<b>Lectures</b>
Le signalement			
Analyse/propositions			
Démarche d'aménagement de poste			
Suivi/évaluation			