

ENSP

ECOLE NATIONALE DE
LA SANTE PUBLIQUE

RENNES

Directeur d'hôpital

Promotion : **2006 - 2008**

Date du Jury : **Novembre 2007**

**L'impact de la loi du 11 février 2005
sur les établissements publics de
santé
L'exemple des Hospices Civils de Lyon**

Marion BEETSCHEN

Remerciements

Je tiens avant tout à adresser mes plus vifs remerciements à Daniel BONJEAN, mon maître de stage et Directeur du Personnel du Groupement Hospitalier Sud, pour son soutien au cours de ce travail et tout au long de mon stage. Je tiens à rendre hommage à sa générosité sur le plan professionnel et à sa capacité à faire partager et transmettre ses savoirs dans son domaine d'expertise, la gestion des ressources humaines. En outre, je le remercie également d'avoir veillé à ce que ce travail de mémoire ne soit pas qu'un exercice théorique, en m'impliquant dans la résolution de certaines situations individuelles et en me confiant le suivi des dossiers en cours en lien avec cette thématique.

Je remercie également Karine GILLETTE, Directrice des Affaires Générales du CHS d'Angers, et encadrante mémoire, pour ses conseils méthodologiques avisés et ses encouragements tout au long de mon travail d'écriture. Sa connaissance précise de mon thème d'étude, eu égard à ses fonctions de membre du COPIL de la cellule ACORT et son intérêt pour cette thématique, ont considérablement enrichi son accompagnement et son suivi en tant qu'encadrante.

Je remercie enfin chaleureusement tous mes interlocuteurs sur cette question, notamment Sophie CAVENE, Directrice- adjointe à la Direction du Personnel et des Affaires Sociales des Hospices Civils de Lyon, mesdames les Docteur BABIN et FORISSIER, médecins du travail, le Professeur SYSTCHENKO, chef de service de la médecine statutaire et plus généralement tous ceux qui ont enrichi mon analyse par leur expérience et la franchise de leurs discours sur les difficultés de l'accompagnement social du handicap en milieu hospitalier.

Je remercie enfin tous les agents de la Direction du Personnel du Groupement Hospitalier Sud pour leur soutien, et particulièrement Catherine PAGE et Annick QUIVIGER.

Sommaire

<u>INTRODUCTION.....</u>	<u>1</u>
---------------------------------	-----------------

<u>1 LA MISE EN ŒUVRE DE L'OBLIGATION D'EMPLOI DES PERSONNES HANDICAPÉES : ENJEUX POUR LES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ ET ILLUSTRATION AUX HOSPICES CIVILS DE LYON.....</u>	<u>5</u>
--	-----------------

<u>1.1 Un nouveau dispositif pour l'emploi qui introduit une obligation de résultat, assortie de sanctions en cas de non respect</u>	<u>5</u>
---	-----------------

1.1.1 Jusqu'en 2005, un difficile recensement des personnels handicapés dans la fonction publique.....	5
--	---

1.1.2 L'instauration d'une sanction financière comparable à celle qui existe dans le secteur privé	6
--	---

1.1.3 De nouvelles obligations pour garantir le respect du principe d'égalité de traitement dans la fonction publique	6
--	---

<u>1.2 L'enjeu des postes aménagés pour les établissements publics de santé, confirmé aux Hospices Civils de Lyon.....</u>	<u>7</u>
---	-----------------

1.2.1 La détermination juridique du périmètre des bénéficiaires de l'obligation d'emploi	7
--	---

1.2.2 Du reclassement aux postes aménagés : les spécificités du handicap en milieu hospitalier.....	8
---	---

1.2.3 Une situation aux Hospices Civils de Lyon qui illustre parfaitement les inquiétudes de la communauté hospitalière	9
--	---

<u>1.3 Une nouvelle réglementation qui est en passe de constituer un enjeu financier majeur, notamment dans les établissements publics de santé de très grande taille</u>	<u>11</u>
--	------------------

1.3.1 Une prise de conscience accrue à mesure que s'est dessiné le montant prévisible de la sanction	11
--	----

1.3.2 Le mode de calcul applicable pour le versement de la contribution annuelle	12
--	----

1.3.3 Etat des lieux des contributions financières versées par les Hospices Civils de Lyon dans le cadre de l'application de la loi du 11 février 2005.....	13
--	----

<u>2 LE RESPECT DES IMPÉRATIFS DE LA LOI DU 11 FÉVRIER 2005 PASSE PAR LA RÉOLUTION DE VÉRITABLES PROBLÉMATIQUES DE GESTION SUR LE VOLET DU MAINTIEN DANS L'EMPLOI.....</u>	<u>15</u>
---	------------------

<u>2.1 Le recensement annuel contraint les HCL à pallier une série de difficultés structurelles</u>	<u>15</u>
--	------------------

2.1.1 Un recensement annuel d'autant plus délicat que l'organisation interne des HCL ne favorise pas la centralisation du traitement de l'information	15
--	----

A) <u>Direction du Personnel et des Affaires Sociales et Directions du Personnel de Groupement : la recherche de la meilleure répartition des procédures de gestion</u>	15
B) <u>Les rôles respectifs de la médecine préventive et de la médecine agréée : complémentarité ou confrontation ?</u>	17
2.1.2 <u>La résolution de l'obligation de recensement par la validation a posteriori de certains aménagements de poste par le Comité Médical Départemental</u>	19
A) <u>Une forte implication de la médecine du travail pour identifier les bénéficiaires de l'obligation d'emploi</u>	19
B) <u>Le choix d'une communication limitée aux seuls agents concernés</u>	20
C) <u>Les difficultés rencontrées dans l'obtention d'avis du Comité Médical Départemental</u>	21
a) <u>Quelle définition supposer de la notion de poste aménagé et par effet d'entraînement, de la notion de handicap en milieu hospitalier ?</u>	22
b) <u>Quel niveau d'information transmettre, à l'appui des demandes d'avis ?</u>	22
2.2 <u>L'évaluation des procédures de traitement des situations individuelles comme principal enjeu d'une mise en œuvre efficace de la loi du 11 février 2005</u>	24
2.2.1 <u>La mise en évidence de procédures de gestion variables au sein des Hospices Civils de Lyon</u>	25
A) <u>Groupes de travail et retours d'expérience</u>	25
B) <u>Les enseignements tirés du recensement 2007 : une participation inégale des groupements à l'effort d'emploi collectif</u>	28
2.2.2 <u>Analyse détaillée de l'approche du Groupement Hospitalier Sud pour résoudre les situations d'inaptitude dans le contexte de l'application de la loi du 11 février 2005</u>	32
A) <u>Historique et mode de fonctionnement de la commission des postes aménagés</u>	32
B) <u>Le mode de traitement de la question du maintien dans l'emploi</u>	34
a) <u>Présentation sociale du Groupement Hospitalier Sud (données issues des bilans sociaux 2005 et 2006)</u>	34
b) <u>Santé au travail au GHS : un bilan éclairant produit chaque année par le service de médecine du travail</u>	35
c) <u>Les circuits de maintien dans l'emploi au GHS : utilisation d'une « matrice d'analyse » théorique pour mettre en évidence les difficultés tirées de la pratique</u>	36
C) <u>Des questions récurrentes posées par le fonctionnement de la commission du GHS</u>	40
D) <u>Le contexte des Pôles d'Activités Médicales : des évolutions à prendre en compte absolument sur le Groupement Hospitalier Sud</u>	42

3 LA NÉCESSITÉ DE METTRE EN ŒUVRE UNE POLITIQUE D'ENSEMBLE INTÉGRANT LA QUESTION DE L'EMPLOI DE PERSONNES HANDICAPÉES

46

3.1 Propositions pour le Groupement Hospitalier Sud : se saisir de l'occasion d'une politique sociale renouvelée

46

3.1.1 <u>Approfondir un travail avec les pôles d'activité dans les domaines de « gestion partagée » : la rénovation des réunions de balance et l'introduction d'outils de suivi spécifiques</u>	46
---	----

3.1.2 Elargir la commission des postes aménagés aux cadres supérieurs de pôle.....	49
3.2 Propositions pour les HCL : la recherche d'une plus grande cohérence institutionnelle	51
3.2.1 Une réflexion à inscrire dans le cadre de la thématique plus générale de la santé au travail	51
A) Intégrer les données du handicap à une analyse de GPEC.....	51
B) Mettre en évidence les liens existant entre maintien dans l'emploi et prévention des risques professionnels ou amélioration des conditions de travail	52
3.2.2 Une meilleure prise en compte du volet économique de la loi du 11 février 2005.....	53
A) Y a-t-il une opportunité à passer des contrats de fournitures et de services avec les établissements de travail protégé ?	53
B) Favoriser les aménagements pris en charge par le FIPHFP.....	55
3.2.3 Une plus grande lisibilité de la politique d'accompagnement des personnes en situation de handicap	56
A) Intégrer les effets de la loi handicap dans le prochain projet social et dans les bilans sociaux annuels des groupements	56
B) Formaliser un engagement institutionnel par un protocole d'accord ou une charte de fonctionnement	57
C) Valoriser les expériences innovantes et développer les partenariats externes	57
 CONCLUSION.....	 1
 BIBLIOGRAPHIE.....	 4
 LISTE DES ANNEXES.....	 I

Liste des sigles utilisés

ACORT : Appui- Conseil en Organisation et Risques du Travail
AIT : Allocation d'Invalidité Temporaire
AP- HM : Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille
AP- HP : Assistance Publique – Hôpitaux de Paris
ASD : Aide-soignant Diplômé d'Etat
ASH : Agent de Service Hospitalier
ATI : Allocation Temporaire d'Invalidité
AT- MP : Accident du Travail – Maladie Professionnelle
CDAPH : Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées
CDC : Caisse des Dépôts et Consignations
CDES : Commission Départementale d'Education Spéciale
CDR : Commission Départementale de Réforme
CFDT : Confédération Française Démocratique du Travail
CFTC : Confédération Française des Travailleurs Chrétiens
CGC : Confédération Générale des Cadres
CGOS : Comité de Gestion des Œuvres Sociales
CGPA : Commission de Gestion Personnalisée des Agents
CHLS : Centre Hospitalier Lyon Sud
CHS : Centre Hospitalier Spécialisé
CHSCT : Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail
CH(R)U : Centre Hospitalier (Régional) Universitaire
CLACT : Contrat Local d'Amélioration des Conditions de Travail
CLD : Congé de Longue Durée
CLM : Congé Longue Maladie
CMD : Comité Médical Départemental
CNSA : Commission Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
COPIL : Comité de Pilotage
COTOREP : Commission Technique d'Orientation et de Reclassement Professionnel
DAE : Direction des Affaires Economiques
DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
DP : Direction du Personnel
DPAS : Direction du Personnel et des Affaires Sociales
DSI : Direction des Soins Infirmiers
ENSP : Ecole Nationale de la Santé Publique

EPRD : Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses
EPS : Etablissement Public de Santé
ESAT : Etablissement de Service et d'Aide par le Travail
ESEN : Ecole Supérieure de l'Education Nationale
ETP : Equivalent Temps Plein
FHF : Fédération Hospitalière de France
FIPHFP : Fonds d'Insertion pour les Personnes Handicapées dans la Fonction Publique
FO : Force Ouvrière
FPE : Fonction Publique d'Etat
FPH : Fonction Publique Hospitalière
FPT : Fonction Publique Territoriale
GHS : Groupement Hospitalier Sud
GOP : Gestion Opérationnelle du Personnel
GPEC : Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences
HCL : Hospices Civils de Lyon
HEH : Hôpital Edouard Herriot
HHG : Hôpital Henry Gabrielle
IDE : Infirmier Diplômé d'Etat
IPP : Incapacité Permanente Partielle
JO : Journal Officiel
MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées
PAM : Pôle d'Activité Médicale
PAPRIPACT : Programme Annuel de Prévention des Risques Professionnels et d'Amélioration des Conditions de Travail
SMIC : Salaire Minimum Interprofessionnel de Croissance
SSR : Soins de Suite et de Réadaptation
TMS : Troubles Musculo – Squelettiques
UNSA : Union Nationale des Syndicats Autonomes

Introduction

*Handicap.
De l'anglais « hand in the cap » (la main dans le chapeau),
pour désigner celui qui porte la charge la plus lourde.*

Les premières préoccupations sociales des conséquences du handicap sont apparues historiquement avec la mise en œuvre de mesures de réparation des blessures de guerre. Au cours du vingtième- siècle, une succession de textes législatifs a organisé la prise en charge d'une population désignée par le handicap.

Ce sont les lois d'orientation du 30 juin 1975 qui ont donné naissance à une politique spécifiquement dédiée aux personnes handicapées, alors que se sont organisées dans le même temps les institutions sociales et médico-sociales en France. Dix ans plus tard, la loi du 10 juillet 1987 a institué une obligation d'emploi, fixée à 6% des effectifs, applicable aux employeurs publics et privés.

Plus récemment, la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, a multiplié les garanties d'une intégration réussie dans tous les domaines de la vie sociale, pour les personnes handicapées.

Pour la première fois, une définition du handicap a été avancée, et formulée ainsi : constitue un handicap « *toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant* ». Définition relativement audacieuse, dans la mesure où elle privilégie une approche dite « situationnelle », qui s'apprécie dans un environnement donné et en fonction des contraintes qui y sont subies.

Les différents chapitres de cette loi traitent de tous les aspects de la vie sociale (éducation, logement, accessibilité, emploi) et constituent l'aboutissement d'une réflexion de plus de trois ans, orientée vers les objectifs suivants :

- mettre en œuvre le droit à compensation pour le financement des surcoûts liés au handicap et par l'instauration d'une nouvelle prestation individualisée
- garantir des ressources décentes aux personnes handicapées
- renouveler les structures d'information et d'accompagnement, par la création des Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH), sièges des nouvelles Commissions des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH) qui se substituent aux Commission Départementale d'Education

Spéciale (CDES) et Commission Technique d'Orientation et de Reclassement Professionnel (COTOREP)

- permettre enfin à la fois la scolarisation en milieu ordinaire, la participation à la vie sociale et l'accès à l'emploi dans de meilleures conditions, notamment dans la fonction publique.

C'est précisément ce dernier aspect – les mesures de la loi de février 2005 en matière d'obligation d'emploi des personnes handicapées dans la fonction publique – qui constitue le cadre de départ de ce mémoire professionnel, dans la mesure où ces dispositions s'appliquent aux établissements publics de santé (EPS).

Dorénavant, un recensement complet des personnels handicapés rémunérés doit être réalisé et transmis chaque année. Les établissements qui n'atteignent pas le taux requis de 6% se voient automatiquement appliquer une sanction financière, proportionnelle au nombre d'agents handicapés faisant défaut. Cette contribution alimente le Fonds d'Insertion pour les Personnes Handicapées dans la Fonction Publique (FIPHFP), chargé de proposer en retour le financement d'actions permettant l'insertion professionnelle de ces personnes.

Face à cela, les établissements de santé sont contraints d'organiser une réponse à ces obligations nouvelles. Les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) sont particulièrement concernés par ce nouvel enjeu, dans la mesure où le volume de leurs effectifs les expose à une lourde sanction financière en cas de non respect des 6% d'emploi.

La loi du 11 février 2005 fait donc place, en termes de gestion des établissements de santé, à un nouveau groupe social à considérer de près, les « bénéficiaires de l'obligation d'emploi »¹, qui n'a aucune correspondance stricte sur le plan statutaire ou en terme de filière professionnelle. De plus, ce nouvel indicateur, constitué de l'ensemble des personnels handicapés, ne peut être uniquement appréhendé comme un indicateur social puisqu'il devient en outre un indicateur budgétaire non négligeable.

Dès lors, la réponse à ce dispositif juridique se décline au travers un triple objectif : parvenir à un recensement exhaustif à partir de données existantes mais dispersées – puisque jamais encore réunies sous ce terme -, atteindre les 6% de taux d'emploi requis et surtout comprendre et exploiter au mieux les leviers existants pour y parvenir. Les difficultés rencontrées par les établissements de santé font apparaître dans le même temps des obstacles d'ordre technique dans le travail de recensement, des obstacles culturels quant à la définition même du handicap et son application en milieu hospitalier, des obstacles de gestion enfin, dans la mesure où l'amélioration de la politique d'emploi publique en faveur des personnes handicapées passe par une mise en cause nécessaire de certains processus de gestion des situations médico-sociales.

¹ Annexe 2 : Liste des bénéficiaires de l'obligation d'emploi

Seule cette dernière dimension permet de traiter véritablement au fond la question de l'application de la loi du 11 février 2005 dans les établissements de santé. Au-delà du strict périmètre des obligations nouvelles, ce sont les différentes dimensions de la politique de maintien dans l'emploi des hôpitaux qui posent véritablement question, parce qu'elles impliquent quantité d'acteurs, qu'elles nécessitent préalablement une entente sur les principes et qu'elles s'appliquent, dans le domaine de la gestion courante, avec de réelles difficultés.

Plus que les seules incidences d'un texte législatif, la question fondamentale de cette loi est, à l'inverse, celle de l'intérêt, pour l'employeur, à œuvrer dans le sens d'un meilleur accompagnement des personnels en situation de handicap. La principale hypothèse de travail pour ce mémoire est dès lors de considérer qu'il y a un intérêt réel à s'interroger sur les réponses apportées aux agents en situation d'inaptitude et à repenser en permanence les moyens d'améliorer cette prise en charge.

Le terrain d'étude pour y répondre est en l'occurrence les Hospices Civils de Lyon (HCL), Centre Hospitalier Universitaire (CHU) qui emploie plus de 20 000 agents répartis sur différents groupements hospitaliers. Les données recueillies à cette fin sont issues à la fois d'éléments des HCL, mais aussi plus précisément de données du Groupement Hospitalier Sud (GHS), qui constitue plus précisément mon terrain de stage.

Une fois le champ d'application de la loi du 11 février 2005 précisé, et analysé à la lumière des enjeux généraux pour les établissements publics de santé et de leur traduction aux Hospices Civils de Lyon (1^{ère} partie), ce sont les questions soulevées par l'organisation d'une réponse d'ensemble à ces obligations et la mise en cause de certaines procédures de gestion des situations individuelles (2^{ème} partie) qui permettront de tirer les enseignements, de développer les conditions de réussite et d'entrevoir les perspectives de la politique d'emploi en faveur des personnels hospitaliers aux Hospices Civils de Lyon (3^{ème} partie).

Choix du thème d'étude, intérêt professionnel et méthodologie adoptée

Le choix de ce sujet de mémoire s'est effectué largement en amont du second stage hospitalier, dans le cadre de la préparation de mon projet de mémoire, en lien avec mon maître de stage - le Directeur du Personnel du Groupement Hospitalier Sud (GHS), la Directrice du Personnel et des Affaires Sociales des Hospices Civils de Lyon (HCL) et mon encadrant mémoire, Directrice des Affaires Générales du Centre Hospitalier Spécialisé (CHS) d'Angers et présidente du Comité de Pilotage (COPIL) de la cellule Appui- Conseil en Organisation et Risques du Travail (ACORT).

La multiplicité et l'intrication des enjeux de la loi handicap sont les principaux intérêts de ce thème, qui mêle étroitement des considérations de ressources humaines (politique de recrutement, mais surtout de maintien dans l'emploi et thématique de la santé au travail), à des questions financières (coût d'une politique d'intégration réussie par rapport au poids de la sanction financière en cas de carence).

D'un point de vue méthodologique, ce travail s'est appuyé sur des recherches bibliographiques diverses (ouvrages, rapports administratifs, publications officielles juridiques, publications internes), que ce soit dans le champ du traitement général de la question du handicap ou de la spécificité des conditions de travail en milieu hospitalier.

En outre, les enseignements dispensés sur ce thème à l'École Nationale de la Santé Publique (ENSP) ont été enrichis du module « l'intégration socio- professionnelle des personnes handicapées », suivi dans le cadre du « réseau des écoles de service public » à l'École Supérieure de l'Éducation Nationale (ESEN).

Le recueil de données en tant que tel s'est organisé selon une pluralité de modalités, dont l'observation directe et la conduite d'entretiens². Ces derniers se sont déroulés sur le mode de l'entretien semi- directif, de façon à faire ressortir des discours le sens que les acteurs donnent à leurs pratiques et la lecture qui est faite de leur propre expérience. La méthode de l'entretien s'est avérée riche en enseignements pour ce mémoire, dans la mesure où le champ lexical utilisé par les uns ou les autres en dit beaucoup plus sur le sens que chacun donne à son action que les ouvrages théoriques ou les écrits institutionnels. En effet, derrière un objectif commun tout à fait consensuel (la santé au travail, l'amélioration des conditions de travail, l'emploi de personnels handicapés), les moyens d'y parvenir sont multiples, les objectifs propres à chacun ne sont pas toujours partagés par les autres, les intérêts sont parfois divergents.

Les entretiens ont toujours fait l'objet d'une prise de note manuscrite, et la structure de l'entretien lui-même a sensiblement varié en fonction des personnes interrogées (sur la base d'une seule consigne initiale parfois, ou de façon plus dirigée).

² Annexe 1 : Liste des entretiens

1 La mise en œuvre de l'obligation d'emploi des personnes handicapées : enjeux pour les établissements publics de santé et illustration aux Hospices Civils de Lyon

La loi du 11 février 2005 a introduit de nouvelles obligations qui pèsent sur les employeurs publics. A ce titre, les établissements publics de santé ont été amenés à défendre une certaine conception du handicap en milieu hospitalier afin de ne pas être trop lourdement pénalisés.

1.1 Un nouveau dispositif pour l'emploi qui introduit une obligation de résultat, assortie de sanctions en cas de non respect

Les dispositions issues de la loi de 2005 ont organisé un ensemble d'obligations nouvelles qui échappait jusqu'à présent à la vigilance des établissements publics de santé.

1.1.1 Jusqu'en 2005, un difficile recensement des personnels handicapés dans la fonction publique

L'obligation juridique pour les employeurs publics – à l'instar du secteur privé – de réserver aux travailleurs handicapés 6% de leurs effectifs n'est pas nouvelle, puisqu'elle résulte de la loi du 10 juillet 1987. Cependant, contrairement au dispositif applicable pour les employeurs privés, cette obligation n'était jusqu'à présent assortie d'aucune sanction en cas de non-respect.

Il est difficile de donner précisément les raisons qui expliquent la faiblesse du taux d'emploi des personnes handicapées dans la fonction publique. Etait-ce en raison de la possibilité pour les employeurs de ne pas appliquer cette loi sans être pénalisés ? Etait-ce parce que le décompte n'était pas réalisé de manière adéquate ? Etait-ce en raison du refus, de la part des agents, de déclarer aux employeurs publics leur handicap ?

L'absence de lisibilité dans la fonction publique sur ce thème était néanmoins regrettable.

Des résultats éloignés du taux de 6% à atteindre...

Chaque année, la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS) procède à une enquête pour apprécier la mise en œuvre de cette obligation. Les résultats reflètent une enquête menée auprès d'un échantillon représentatif d'établissements.

	2001	2002
Taux d'emploi des personnes handicapées	4,15%	4,52%

Répartition selon les filières professionnelles

Répartition globale des effectifs par filière	Filière soignante 75,8%	Filière ouvrière/technique 13%	Filière administrative 11,2%
Répartition des personnels handicapés par filière	71,3%	16,1%	9%

La loi de février 2005 a donc permis de se donner les moyens d'un dispositif de veille plus ambitieux sur cette question, en alignant les règles du secteur public sur celles du secteur

privé. Dorénavant, le recensement est une obligation pour l'ensemble des centres hospitaliers, qui ne peuvent plus désormais s'exempter d'une analyse détaillée et fiable de cette catégorie de professionnels.

1.1.2 L'instauration d'une sanction financière comparable à celle qui existe dans le secteur privé

En cas de non respect de l'obligation d'emploi de 6%, les employeurs publics sont désormais soumis à une sanction financière identique dans son principe à celle que versent les entreprises privées. La pénalité applicable est alors fonction du nombre d'emplois manquants dans l'établissement.

Certaines dépenses peuvent être inscrites en déduction du montant dû. Les dépenses réalisées en passant des contrats de fournitures ou de services avec des Etablissements de Services et d'Aide par le Travail (ESAT), ou les dépenses inscrites pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées, s'inscrivent dans ce cadre.

Le produit de cette contribution alimente le Fonds pour l'Insertion des Personnes Handicapées dans la Fonction Publique (FIPHFP), qui a pour mission de favoriser l'insertion professionnelle des personnes handicapées en proposant le financement d'actions d'aménagement ou d'accompagnement par le biais des sommes récoltées.

L'instauration de ce système est progressive. Ainsi, 20% seulement de la contribution théorique a été versée en 2006, 40% en 2007, 60% le sera en 2008, 80% en 2009. La pleine applicabilité de la loi sera par conséquent réalisée en 2010.

1.1.3 De nouvelles obligations pour garantir le respect du principe d'égalité de traitement dans la fonction publique

Afin de garantir le respect du principe d'égalité de traitement à l'égard des travailleurs handicapés, les employeurs publics sont tenus de « *prendre les mesures appropriées (...) pour permettre aux travailleurs handicapés d'accéder à un emploi correspondant à leur qualification, de l'exercer et d'y progresser (...) sous réserve que les charges consécutives à la mise en œuvre de ces mesure ne soit pas disproportionnées, notamment compte tenu des aides qui peuvent compenser en tout ou partie les dépenses supportées à ce titre par l'employeur* ». Le refus de prendre ces mesures est constitutif d'une discrimination.

Concrètement, ces mesures s'entendent des dérogations possibles aux règles normales de déroulement des concours et examens, de la suppression des limites d'âge supérieures, de la possibilité d'accéder en tant que contractuel à un emploi pendant la période prévue pour le stage, renouvelable une fois (possibilité à l'issue de cette période de titulariser l'intéressé,

sous réserve d'aptitude pour l'exercice des fonctions), de l'instauration d'une autorisation de temps partiel de droit, d'une obligation d'aménagement d'horaire (dans le respect de la compatibilité avec les nécessités de service) et d'une obligation de formation.

Ce dispositif technique et comptable est toutefois à analyser plus précisément au regard du nouveau groupe social que constituent les « bénéficiaires de l'obligation d'emploi ».

1.2 L'enjeu des postes aménagés pour les établissements publics de santé, confirmé aux Hospices Civils de Lyon

Le premier enjeu décisif, pour les établissements de santé, a été de défendre une certaine conception du handicap en milieu hospitalier, qui inclut les nombreux agents bénéficiant d'un aménagement de poste.

1.2.1 La détermination juridique du périmètre des bénéficiaires de l'obligation d'emploi

Le code du travail dresse la liste précise des personnes bénéficiant de l'obligation d'emploi³, dont voici les principales catégories :

Il s'agit en première intention des personnes ayant un handicap reconnu : personnes ayant obtenu la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (autrefois par la COTOREP, désormais par la CDAPH, qui siège à la MDPH), titulaires de la carte d'invalidité ou bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés. Les titulaires d'une pension d'invalidité entrent également dans cette catégorie

Les personnes victimes d'accidents de travail ou de maladie professionnelle (AT-MP) en font également partie, à condition toutefois que leur incapacité permanente partielle (IPP) soit au moins égale à 10% et qu'ils bénéficient d'une rente à ce titre (allocation temporaire d'invalidité (ATI) ou rente d'invalidité).

La loi précise enfin qu'entrent dans la liste des personnes bénéficiant de l'obligation d'emploi les agents reclassés au titre des articles 71 à 75 de la loi du 9 janvier 1986.

Pour les établissements publics de santé, c'est autour de l'interprétation plus ou moins extensive de cette notion que se sont engagés les premiers grands débats quant à l'applicabilité des nouvelles obligations issues de la loi de février 2005.

En effet, les données disponibles avant 2005 sur les personnels handicapés de la fonction publique hospitalière montrent la proportion considérable des agents reclassés au sein de l'ensemble des bénéficiaires.

³ Annexe 2 : Liste des bénéficiaires de l'obligation d'emploi

Données issues de l'enquête DHOS

Catégories de bénéficiaires	2000	2001	2002
Handicapés COTOREP	7,67%	13,35%	8,11%
Titulaires d'une pension d'invalidité ou allocation temporaire d'invalidité	29,56%	29,89%	31,69%
Emplois réservés	0,97%	0,56%	0,60%
Agents reclassés au titre des articles 71 à 75	61,36%	55,65%	56,05%

Par conséquent, et dans la situation actuelle des établissements hospitaliers, les impacts potentiels de la loi de février 2005 ne portent pas véritablement sur le recrutement direct de personnes reconnues handicapées, mais principalement sur les dispositifs de maintien dans l'emploi existants (reclassement, aménagement de postes de travail, agents victimes d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle).

L'essentiel des efforts est donc à concentrer sur l'évaluation de ces processus et le respect de la loi pour les centres hospitaliers sera sans doute directement corrélé à leur capacité à évaluer et améliorer les circuits de maintien dans l'emploi de leur établissement.

1.2.2 Du reclassement aux postes aménagés : les spécificités du handicap en milieu hospitalier

Le code du travail, enrichi des dispositions de la loi de février 2005, renvoie, pour la définition d'un « agent reclassé » aux articles 71 à 75 de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986, qui organisent le reclassement pour raison de santé, une obligation pour l'employeur dans le cas suivant :

Art. 71. 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.

Pour la mise en œuvre d'une politique de maintien dans l'emploi, les principaux enseignements à tirer de cette définition sont les suivants :

- la recherche de l'adaptation du poste est à privilégier en première intention (solution la plus souple, sans incidence statutaire)
- le cas échéant, si cette adaptation est impossible, d'autres solutions sont à envisager, parmi lesquelles le reclassement dans un emploi du même corps (sans incidence statutaire là encore) et en dernier ressort le reclassement dans un emploi d'un autre corps (reclassement « statutaire », subordonné dans ce cas à la demande de l'intéressé en raison notamment de la perte possible de certains éléments de traitement variables).

Il convient de préciser toutefois que cette dernière option est relativement lourde et souvent mal vécue par les agents qui y perçoivent la cessation définitive de leurs fonctions antérieures. Elle est en outre peu fréquemment mise en oeuvre par les établissements publics hospitaliers (en raison des pertes financières que cela entraîne pour leurs agents).

En revanche, l'aménagement de postes, notamment par le biais des changements d'affectation pour raison médicale – souvent dans des services aux horaires moins difficiles ou bien où la charge de travail physique est moindre – est l'un des piliers du maintien dans l'emploi tel qu'il existe dans le milieu hospitalier.

A l'automne 2006, le président de la Fédération Hospitalière de France (FHF) a officiellement saisi le Directeur de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS) de cette question, regrettant l'exclusion, au titre des bénéficiaires de l'obligation d'emploi, d'un nombre très important d'agents inaptes à leur emploi d'origine, qui exercent sur des emplois aménagés ou ont changé d'emploi sans avoir toutefois changé de corps.

Au-delà des enjeux strictement juridiques de ce débat, cet échange a permis de mettre en exergue la contradiction existante entre cette disposition précise et l'esprit même de la loi de 2005, consistant à faire en sorte que les agents dont la santé est manifestement altérée puissent continuer d'exercer dans des conditions qui se rapprochent autant que possible de leurs fonctions d'origine.

En réponse à ce courrier, la DHOS a pris officiellement position en faveur d'une extension de la notion de reclassement statutaire à ce type de procédé et annoncé une instruction prochaine de cette question. Il a toutefois été fermement précisé que cette décision ne pouvait intervenir que sur la base d'un avis du comité médical départemental (CMD) ou de la commission de réforme (CMR)⁴.

A la suite de cet échange, les centres hospitaliers se sont retrouvés parfois démunis face à ce recadrage juridique, qui présente l'avantage de pouvoir prendre le risque d'inclure dans leur déclaration les agents bénéficiant de postes aménagés mais les contraint à s'assurer de la bonne organisation des procédures de ce type et le cas échéant, les revoir.

1.2.3 Une situation aux Hospices Civils de Lyon qui illustre parfaitement les inquiétudes de la communauté hospitalière

Les HCL constituent un établissement public de santé organisé géographiquement sur le territoire de l'agglomération lyonnaise et au-delà en quatre principaux « Groupements

⁴ Annexe 3 : Définitions juridiques (voir « Comité Médical Départemental » et « Commission Départementale de Réforme »)

Hospitaliers » (Nord, Sud, Est, Edouard Herriot), auxquels il convient d'ajouter plusieurs structures gériatriques et l'hôpital Renée Sabran, à proximité de Hyères.

Cet établissement compte 5400 lits pour un effectif total de 22 000 personnes, réparties de la manière suivante (en isolant les personnels du Groupement Hospitalier Sud, qui constitue mon terrain de stage) :

	Hospices Civils de Lyon	Groupement Hospitalier Sud
Nombre de lits (arrondi)	5400 lits	1100
Effectif total	Près de 22 000	Plus de 4500
Personnel médical	4807	1031
Personnel non médical	17 424	3559
- dont soignants/éducatifs	10 738	2408
- dont administratifs	2133	362
- dont techniques/ ouvriers	2419	341
- dont médico- techniques	1350	445

A noter : l'effectif présenté ci-dessus correspond à l'effectif total rémunéré aux HCL en ETP. Ce chiffre n'est pas tout à fait identique à celui déclaré auprès du comptable public, pour des raisons liées aux modalités de décompte que nous verrons ultérieurement.

Dès l'apparition des premiers échanges consistant à mieux cerner les contours des catégories de personnels bénéficiant de l'obligation d'emploi, les HCL ont rapidement mesuré l'enjeu représenté par les agents faisant l'objet d'un aménagement de poste.

En effet, les premières estimations effectuées au cours de l'année 2006 ont révélé le constat suivant :

- une très faible utilisation de la procédure administrative de reclassement : une quinzaine de décisions par an au maximum pour toute l'institution, prises en application des textes, c'est-à-dire sur avis du comité médical départemental.
- une forte incertitude quant à l'effectif d'agents reconnus handicapés, en raison de l'absence d'obligation, pour les agents, de déclarer leur handicap au moment de leur recrutement, ce qui a fait présupposer dans l'institution un phénomène de « sous-déclaration » élevé.
- une lisibilité plus grande des agents bénéficiaires d'une allocation temporaire d'invalidité (agents en activité qui justifient d'une invalidité permanente, soit à la suite d'un accident de service ayant entraîné une incapacité physique permanente (IPP) d'au moins 10% soit à la suite de la reconnaissance d'une maladie professionnelle) dans la mesure où c'est l'employeur qui est à l'origine de la décision d'octroi.
- une forte tradition d'aménagements de postes de travail – processus central de la politique de maintien dans l'emploi des HCL – mais sur simple avis de la médecine du travail et sans transmission au comité médical départemental.

Par conséquent, ces premiers éléments généraux ont rapidement permis de prendre la mesure de l'ampleur du travail qui s'ouvrait aux HCL sur la question de l'emploi des personnels handicapés, ainsi que la relative urgence qu'il y avait à apporter une réponse coordonnée et fiable, dans la mesure où les sommes à verser chaque année pouvaient théoriquement s'avérer extrêmement pénalisantes dans le contexte financier actuel de l'institution.

Personnels bénéficiaires de l'obligation d'emploi recensés en 2007

Catégories de bénéficiaires	Total : 762 agents
Agents reconnus COTOREP	32
Agents bénéficiant d'une allocation temporaire d'invalidité	314
Agents reclassés ou assimilés	416

Somme à verser théoriquement (taux de 100% appliqué à la contribution)	1 437 462 euros
Somme versée au titre du recensement 2007 (c'est-à-dire 40% du montant théoriquement dû)	574 985 euros

1.3 Une nouvelle réglementation qui est en passe de constituer un enjeu financier majeur, notamment dans les établissements publics de santé de très grande taille

Les établissements publics de santé, ayant pris conscience des enjeux financiers de la loi du 11 février 2005, ont renouvelé leur approche de la politique d'emploi en faveur des personnels handicapés qui prend, au-delà de sa dimension sociale, une nouvelle dimension budgétaire.

1.3.1 Une prise de conscience accrue à mesure que s'est dessiné le montant prévisible de la sanction

Suite à l'entrée en vigueur de la loi du 11 février 2005, et en préparation de la première déclaration à transmettre en avril 2006 (finalement reportée au 30 juin pour la première année) – faisant état de la situation au 1^{er} janvier 2005, la prise de conscience de l'ampleur des enjeux accompagnant cette évolution législative s'est faite de façon variable selon établissements publics de santé.

Indéniablement, c'est la mise en évidence de la dimension financière de cette question qui a alerté les directions d'établissements.

Force est pourtant de constater que les indicateurs de suivi de certaines catégories de personnels handicapés existent depuis longtemps. C'est ainsi que le décompte des accidents du travail, des maladies d'origine professionnelle, de l'absentéisme de longue

durée ou des efforts réalisés en matière d'aménagements de postes sont régulièrement et utilement intégrés à une présentation de bilan social, aux bilans annuels respectifs des médecins du travail ou des médecins agréés, ou font l'objet de communications plus ou moins régulières, notamment dans le cadre d'échanges collectifs sur des thématiques de gestion des ressources humaines telles que la prévention des risques professionnels ou le suivi de l'absentéisme.

Dorénavant, l'introduction d'une contribution financière supplémentaire justifie un suivi spécifique du taux d'emploi de personnes handicapées, qui cesse d'être uniquement considéré comme un indicateur social pour devenir un indicateur budgétaire non négligeable.

L'application de la loi « handicap » illustre les intrications parfois délicates entre des problématiques sociale et budgétaire, dont les conséquences sont d'autant plus douloureusement perçues que la nature de la contribution est souvent qualifiée de « sanction » - faut-il rappeler, en réalité, qu'il s'agit plutôt d'un impôt, strictement proportionnel à la taille des efforts non consentis ? La mise en évidence du coût direct supporté par une « non- mesure sociale » relève effectivement d'une approche nouvelle pour les établissements publics de santé, bien que les exemples de coûts induits par des problématiques d'ordre social soient nombreux (absentéisme et remplacement, insuffisance des mesures de prévention par exemple).

Les difficultés rencontrées dans le cadre de l'application des dispositions de la loi handicap sont réelles notamment parce qu'elles confrontent les employeurs publics à une équation nouvelle qu'il faut résoudre : surmonter la contradiction apparente entre une politique active de soutien à l'emploi en faveur de personnels en difficulté – nécessairement coûteuse – et la poursuite des gains de productivité ou la réduction tendancielle des coûts.

1.3.2 Le mode de calcul applicable pour le versement de la contribution annuelle

Pour calculer le taux d'emploi de personnes handicapées, deux variables sont nécessaires. Outre la liste des bénéficiaires, précédemment décrite, les agents pris en compte dans l'effectif total de l'employeur constituent la seconde variable essentielle, inscrite au dénominateur de l'opération à effectuer chaque année.

Une nouvelle fois, les échanges ont été nombreux au sein de la communauté hospitalière pour connaître précisément le périmètre des agents concernés. Certains arbitrages effectués par les centres hospitaliers eux-mêmes se sont révélés décisifs, tels que l'exclusion du décompte de l'ensemble des personnels médicaux.

L'effectif à partir duquel est calculé le taux d'emploi des personnes handicapées est l'effectif rémunéré par le déclarant au 1^{er} janvier de l'année écoulée (soit le 1^{er} janvier de l'année 2005 pour la déclaration transmise en 2006), exprimé en Equivalents Temps Plein (ETP). Ne sont donc pas comptabilisés les agents occupant des positions statutaires où ils ne sont plus rémunérés par leur employeur (disponibilité, congé sans traitement, hors cadre...).

Il convient de préciser que les règles applicables au décompte de l'effectif total ont été modifiées en 2007, dans un sens plus favorable aux employeurs publics.

L'effectif s'entend de l'ensemble des agents titulaires et stagiaires. En revanche, contrairement à la déclaration 2006, les agents non titulaires « *recrutés pour remplacer des agents permanents momentanément indisponibles* »⁵ ne sont plus à prendre en compte dans l'effectif d'assujettissement. Quant aux agents recrutés pour faire face à un besoin occasionnel ou saisonnier, ils ne sont décomptés qu'à une double condition :

- qu'ils soient présents au 1^{er} janvier de l'année écoulée
- qu'ils soient rémunérés sur une période supérieure ou égale à six mois

Concrètement, ces mesures ont eu pour effet direct d'exclure de l'assiette de calcul du taux une part non négligeable des agents contractuels des établissements de santé.

Chaque agent (en ETP) compte pour une unité et ne peut être comptabilisé qu'une seule fois. Le taux d'emploi correspond ainsi à l'effectif précité auquel il est appliqué la proportion de 6%, arrondi à l'unité inférieure. Si ce taux est inférieur à 6%, il est constaté un nombre d' « unités manquantes » qui sert de bas au calcul de la contribution, sachant qu'elle peut être minorée par l'identification de dépenses engagées en faveur des personnes handicapées.

Le calcul définitif de la contribution se fait en multipliant le nombre final d'unités manquantes par un montant unitaire, défini en fonction de la taille de l'établissement. Pour un effectif supérieur à 750, le montant unitaire équivaut à 600 fois le Salaire Minimum Interprofessionnel de Croissance (SMIC) horaire.

1.3.3 Etat des lieux des contributions financières versées par les Hospices Civils de Lyon dans le cadre de l'application de la loi du 11 février 2005

En 2006, 661 bénéficiaires de l'obligation d'emploi ont été recensés sur la base de l'effectif du 1^{er} janvier 2005 (18 561). Le taux d'emploi était alors de 3,56% (soit 452 unités

⁵ Agents recrutés en remplacement de congés maternité, par exemple.

manquantes à ce stade). Les dépenses inscrites en déduction ont été constatées à hauteur de 3335 euros, ce qui a conduit à un nombre définitif d'unités manquantes de 451,77. Le montant « théorique » de la contribution due (dans l'hypothèse d'une pleine applicabilité du dispositif) était de 1 813 873,46 euros. La somme versée en application des règles d'entrée en vigueur de ce dernier a été de 362 774,69 euros (c'est-à-dire en appliquant un taux de 20% à la somme totale).

Au 30 avril 2007, sur la base de l'effectif rémunéré au 1^{er} janvier 2006 le taux d'emploi des personnes handicapées aux HCL a atteint 4,35% (762 agents déclarés bénéficiaires de l'obligation d'emploi sur un total de 17 537 agents). L'évolution positive du taux d'emploi des personnes handicapées s'explique surtout par la modification du mode de calcul (diminution de l'assiette par l'exclusion du décompte des agents contractuels de remplacement).

Le montant de la contribution annuelle, calculé à partir du nombre d'unités manquantes et rapporté à 40% de sa valeur (selon le principe d'application progressive du dispositif) s'élève donc cette année à 574 984,78 euros.

La mise en œuvre de l'obligation d'emploi des personnels handicapés dans la fonction publique hospitalière introduit désormais de nouveaux enjeux tant sociaux que budgétaires, qui se confirment aux HCL. Par conséquent, la principale interrogation pour les établissements de santé porte sur les leviers qui existent pour répondre à un tel dispositif.

2 Le respect des impératifs de la loi du 11 février 2005 passe par la résolution de véritables problématiques de gestion sur le volet du maintien dans l'emploi

Au-delà de la dimension strictement technique ou budgétaire des obligations de la loi de 2005, et en tenant compte des spécificités du handicap en milieu hospitalier, les impacts de ce nouveau dispositif s'appliquent également aux processus de gestion des situations individuelles, dans la mesure où leur efficacité peut avoir une incidence directe sur le taux d'emploi de personnes handicapées.

Il est alors possible de proposer comme hypothèse de travail que les HCL répondront d'autant mieux à cette obligation d'emploi qu'ils traiteront la question du handicap comme problématique de gestion, notamment dans le domaine du maintien dans l'emploi.

2.1 Le recensement annuel contraint les HCL à pallier une série de difficultés structurelles

Dès 2006, la préparation du premier recensement des bénéficiaires de l'obligation d'emploi a mis en évidence un certain nombre de difficultés structurelles qui ont constitué autant de contraintes supplémentaires dans l'organisation d'une réponse d'ensemble à ce dispositif.

2.1.1 Un recensement annuel d'autant plus délicat que l'organisation interne des HCL ne favorise pas la centralisation du traitement de l'information

- A) Direction du Personnel et des Affaires Sociales et Directions du Personnel de Groupement : la recherche de la meilleure répartition des procédures de gestion

Les HCL, à l'instar de l'Assistance Publique- Hôpitaux de Paris (AP- HP) et de l'Assistance Publique- Hôpitaux de Marseille (AP-HM), fonctionnent selon le principe d'une gestion partagée entre un niveau central et une organisation déconcentrée en groupements.

Au niveau de l'institution, la Direction du Personnel et des Affaires Sociales (DPAS) garantit une cohérence institutionnelle (notamment pour la transposition de la réglementation nationale), fixe les orientations collectives (relations sociales, amélioration des conditions de travail...) et prend les décisions individuelles ayant une incidence statutaire⁶.

En application de ces principes de gestion, elle s'est saisie directement de la question de l'application des dispositions de la loi du 11 février 2005.

⁶ Décision de nomination au stage, de titularisation, avancement, décision de reclassement...

Au niveau des groupements hospitaliers - et dans le contexte des pôles d'activités -, les directions du personnel assurent notamment le suivi des recrutements (centralisation des besoins, contrôle de régularité, régulation inter- pôles), des affectations et du temps de travail. Les procédures relatives à l'aménagement de postes de travail – ou la recherche d'une meilleure adéquation entre l'état de santé de l'agent et son poste de travail, sans incidence statutaire - sont intégralement mises en œuvre et suivies par les directeurs du personnel de groupements, et ce quel que soit le type de congé maladie de l'agent (maladie ordinaire, longue durée, longue maladie).

Toutefois, jusqu'en 2000, les congés de longue durée (CLD)⁷ ont été suivis au niveau central. Dans la pratique, les agents concernés étaient automatiquement placés hors effectifs des groupements hospitaliers. Ce système avait pour conséquence de favoriser les stratégies d'évitement au niveau des groupements, les directeurs de personnel ayant compris l'intérêt d'attendre l'obtention d'un CLD et se désintéressant ainsi de la résolution des problématiques individuelles posées par ces agents.

Indéniablement, cette pratique relevait d'une conception très administrative des ressources humaines : prédominance de la gestion de « droits » (droit à congé, à traitement, droit à reprise) sur le suivi en termes de compétences ; déconnexion complète entre les principes de gestion et la réalité des situations de travail ainsi que leur évolution.

Rompant avec cette pratique, la Direction Générale en 2000 a décidé de contraindre les groupements hospitaliers à se saisir de la gestion des agents placés en CLD et à considérer ainsi la question de leur ré- intégration au sein d'un collectif de travail, en intégrant dorénavant cette thématique aux résultats de gestion des directeurs de personnel.

Répartition de l'absentéisme pour raisons médicales – HCL – 2006

Taux d'absentéisme : 8,58% en 2006 (pour rappel, effectif physique moyen HCL : 17 626)

Motif	Proportion (en%) du nombre de jours d'absence par rapport à l'ensemble
Maladie ordinaire	48,39% (soit 167 258 jours d'absence)
CLD – CLM	21,72% (soit 72 944 jours d'absence)
Maternité / Adoption / Paternité	20,90% (soit 70 180 jours d'absence)
Accident de Travail	5,34% (soit 17 929 jours d'absence)
Accident de trajet	0,99% (soit 3316 jours d'absence)
Maladies professionnelles	1,23% (soit 4137 jours d'absence)

CLM/ CLD

Nombre de jours d'absence (en5/7 ^{ème})	72 944 jours
Nombre d'agents ayant au moins un arrêt	381 agents
Nombre d'arrêts	391 arrêts

⁷ Annexe 3 – Voir « Congé de Longue Durée »

B) Les rôles respectifs de la médecine préventive et de la médecine agréée : complémentarité ou confrontation ?

Médecine du travail et médecine agréée sont deux services, dont les attributions respectives – toutes deux au cœur des problématiques de maintien dans l'emploi – doivent être distinguées.

La mission du médecin du travail s'inscrit dans le cadre de la politique de santé publique et de préservation de la santé au travail des agents. Il assure une double mission de conseil du chef d'établissement (sur l'amélioration des conditions de vie, d'hygiène, les aménagements relatifs aux postes de travail notamment en ce qui concerne le travail de nuit) et de suivi des agents, par le biais de l'examen médical auquel tout agent est tenu avant sa prise de fonction, renouvelé annuellement ainsi qu'après un certain nombre de cas d'absence ou arrêts pour cause de maladie.

Le médecin du travail est un acteur incontournable du maintien dans l'emploi, dans la mesure où il rend un avis d'aptitude au poste de travail de l'agent. En cas d'inaptitude, il peut proposer des adaptations ou des affectations.

La mission du médecin agréé, (« agréé » signifiant inscrit sur une liste d'habilitation départementale) est différente.

Il est chargé de tous les examens qui requièrent de façon réglementaire son avis, souvent préalablement à l'examen du dossier par les commissions compétentes - comité médical départemental (CMD), commission départementale de réforme (CDR).

Il prononce les avis d'aptitude à la fonction publique des agents⁸.

Il effectue les contrôles médicaux des agents en congé maladie (sur la base des arrêts qui lui sont transmis). Ce contrôle peut être de son fait ou à la demande de l'administration.

Les Hospices Civils de Lyon présentent à ce sujet une double spécificité.

D'une part, ils disposent en leur sein à la fois d'un service de médecine du travail dédié⁹, le « Service de médecine et santé au travail », mais aussi d'un service de médecine agréée, le « Service de médecine statutaire ». Il est en réalité relativement fréquent que les grands

⁸ L'aptitude à la fonction est appréciée par rapport à l'ensemble des emplois susceptibles d'être occupés par l'agent, dans le grade et le corps considérés, pendant sa carrière.

⁹ Dans les établissements de comptant plus de 1500 agents, la présence d'un médecin du travail dédié est obligatoire.

centres hospitaliers universitaires (AP-HP, HCL, AP-HM) s'attachent ainsi les services d'un ou plusieurs médecins agréés (5,04 ETP aux HCL), eu égard à leur nombre total d'agents. D'autre part, aux HCL, malgré la spécificité de leurs missions respectives, ces services ont longtemps fonctionné selon le principe d'un service commun, jusqu'à ce qu'une scission mette un terme en 2000 à cette configuration¹⁰.

Selon un protocole entré en vigueur en 2000, les HCL ont décidé de solliciter systématiquement la médecine statutaire préalablement à la transmission des dossiers nécessitant l'avis du comité médical départemental (CMD)¹¹.

En 2006, 1080 rapports ont été proposés au CMD du Rhône dont :

- 600 pour demandes initiales/ rechutes/ prolongation de congés longue maladie, longue durée ou maladie grave
- 19 demandes de postes adaptés et 9 reclassements
- 64 octrois/ renouvellements de mi-temps thérapeutique

Le même protocole arrêté en 2000 a prévu que la médecine statutaire se prononce également avant la transmission des dossiers nécessitant l'avis de la commission départementale de réforme (CDR)¹².

Il est à noter que si les HCL transmettent systématiquement les dossiers à la CDR dans les cas d'attribution d'ATI, d'appréciation d'AIT et de mise à la retraite pour invalidité, tous les dossiers ne sont pas transmis dans les autres cas. En matière d'accidents de travail par exemple, seuls les accidents faisant l'objet de réserves administratives exprimées par le service de médecine agréée font l'objet d'une transmission.

Il est important de mesurer le rôle que joue le service de médecine statutaire dans un établissement comme les HCL, tant pour l'employeur (rôle essentiel de filtre par les avis rendus et de préparation au contentieux), que pour les agents (information sur leurs droits, recherche de la meilleure utilisation des procédures, suivi régulier des agents en arrêt et préparation des conditions de la reprise).

Les entretiens réalisés ont permis de mettre en évidence les relations parfois difficiles entre ce service (qui tient à conserver une certaine distance dans l'élaboration de ses avis) et les acteurs locaux de l'établissement. Force est de constater que, en fonction de la perspective adoptée (aspects statutaires et droits de l'agent, ou organisation du travail quotidienne), les

¹⁰ Annexe 3 : Définitions juridiques (voir « Organisation de l'activité du service de médecine statutaire aux HCL »)

¹¹ Annexe 3 : Définitions juridiques (voir « Comité Médical Départemental »)

¹² Annexe 3 : Définitions juridiques (voir « Commission Départementale de Réforme »)

réponses apportées en terme de maintien dans l'emploi ne sont pas nécessairement consensuelles.

A l'inverse, le service de médecine du travail, qui assure une présence de proximité sur les groupements, bénéficie d'un excès de confiance de la part des agents et constitue un relais d'expression de leurs doléances envers l'administration¹³. Par conséquent, si ses positions sont parfois divergentes de celles de la médecine statutaire, elles peuvent l'être aussi vis-à-vis des conceptions des structures d'encadrement ou des directions.

On peut néanmoins penser que cette organisation d'acteurs est une subtile constellation de pouvoirs et contre-pouvoirs qui cristallise les rôles et positions des uns et des autres. Sans doute cette répartition des tâches est-elle nécessaire à la fois au respect des droits des agents et à une certaine régulation des tensions sociales permettant de pallier des situations d'épuisement, de saturation ou « burn out ».

Finalement, la réussite d'une démarche de maintien dans l'emploi s'apprécie à la dynamique d'ensemble (utiliser à bon escient les outils statutaires, organiser dans le temps la sollicitation d'avis et prendre la meilleure décision, au bon moment), telle que reflétée par la qualité des liens entre ces acteurs et la maîtrise de leurs contraintes et positions respectives.

Aux HCL, la complexité de cette organisation d'ensemble (effet de taille, dispersion des compétences et de l'information) a représenté une difficulté supplémentaire pour organiser le travail de recensement des agents bénéficiaires de l'obligation d'emploi.

2.1.2 La résolution de l'obligation de recensement par la validation a posteriori de certains aménagements de poste par le Comité Médical Départemental

- A) Une forte implication de la médecine du travail pour identifier les bénéficiaires de l'obligation d'emploi

Compte tenu des difficultés ci-dessus évoquées, il a fallu pour les HCL préparer la première déclaration en repérant les moyens de se rapprocher du taux de 6% grâce aux différents leviers mis à disposition des employeurs publics.

Une partie du recensement, notamment des décisions à caractère statutaire, (agents reclassés ou bénéficiaires de l'ATI : soit 391 agents sur 836 déclarés au titre de l'année 2006) n'a pas posé de problème majeur à la DPAS.

En revanche, il a fallu optimiser le recensement global, et ce de deux manières :

¹³ Demandes de changement de poste, de service d'affectation, d'horaires de travail...

- marginalement, en comptabilisant le nombre d'agents ayant déjà accepté d'informer leur employeur d'une reconnaissance de type ex- COTOREP et en encourageant ceux qui étaient susceptibles de l'être.

- principalement, en parvenant à comptabiliser l'ensemble des agents ayant fait l'objet d'un aménagement de poste et en régularisant leur situation auprès du comité médical départemental.

Une séquence de négociation s'est alors ouverte entre les représentants de la DPAS et les chefs de service de la médecine du travail et de la médecine statutaire.

Au terme de ces premiers échanges, la médecine du travail est apparue comme la principale détentrice de l'information, seul service à même d'analyser dans quelle mesure certains agents qu'elle avait préalablement reçus, bénéficiant actuellement d'un poste aménagé, pouvaient être comptabilisés au titre des bénéficiaires de l'obligation d'emploi.

Il a donc fallu préparer l'envoi des dossiers retenus, en vue d'une transmission au comité médical départemental du Rhône pour avis.

Parallèlement, les agents ont été consultés afin de recueillir leur accord de principe sur cette saisine.

B) Le choix d'une communication limitée aux seuls agents concernés

C'est au travers la nécessité d'envisager un plan de communication à destination des agents dont les HCL souhaitaient voir le handicap reconnu qu'a été soulevée plus généralement la question du type de communication à privilégier autour de l'application de la loi de février 2005.

Sur ce thème, le choix d'une communication restreinte, à l'attention des seuls agents concernés par l'obligation de recensement a été privilégié à l'alternative consistant à élaborer une communication d'ampleur sur ce thème.

En revanche, cela a suscité la méfiance d'une partie des agents destinataires du courrier, inquiets des incidences éventuelles de cette démarche sur leur déroulement de carrière. La lettre avait pourtant été rédigée de telle sorte à désamorcer ces craintes : « *cela ne changera rien pour vous, à tous points de vue (situation statutaire, rémunération...).* Je vous apporte toutes les garanties nécessaires quant à la confidentialité de la démarche ».

La médecine du travail, citée à la fin du courrier comme interlocutrice principale des agents, a été fréquemment saisie de questions diverses et s'est vue dans l'obligation de répondre à ces inquiétudes en explicitant les objectifs du recensement.

A la suite de la transmission de ce courrier, accompagné d'un bordereau permettant à l'agent d'accepter ou de s'opposer à la transmission de son dossier au comité médical départemental, tous les agents n'ont pas donné leur accord, puisque certains opposèrent leur veto à la transmission de données à caractère médical les concernant.

A titre d'exemple, au Groupement Hospitalier Sud, 176 agents au total ont été recensés comme théoriquement bénéficiaires de l'obligation d'emploi. Parmi eux, 150 le sont au titre des aménagements de poste dont ils ont bénéficié. Seuls 94 ont donné leur accord pour une transmission de leur dossier au comité médical départemental, le différentiel s'explique tant par les refus explicites que par l'absence de réponse au courrier (interprétée alors comme une décision implicite de refus).

Depuis lors, les HCL ne se sont pas encore engagés dans une communication d'ampleur sur ce thème. Les recensements transmis au titre des effectifs 2005 et 2006 n'ont fait l'objet d'aucune information largement diffusée. La situation d'incertitude dans laquelle les HCL se trouvent face à la position du comité médical explique pour partie cette communication retenue. En effet, les difficultés rencontrées dans l'obtention d'avis du CMD laissent encore en suspens la possibilité de parvenir à faire reconnaître les décisions prises dans le cadre de la politique de maintien dans l'emploi comme bénéficiant à des agents « handicapés » car en situation de réelle restriction physique les mettant dans l'incapacité de poursuivre un travail à leur poste initial.

C) Les difficultés rencontrées dans l'obtention d'avis du Comité Médical Départemental

Suite à l'envoi des courriers individualisés précités et après instruction des dossiers par la médecine du travail, quelque deux cents dossiers ont été soumis prioritairement pour avis au CMD du Rhône.

Au cours de l'instruction, deux questions majeures se sont posées, portant à la fois sur le fonds et la forme du dossier : Quelle est, d'une part, la définition d'un aménagement de poste en environnement hospitalier (et par effet d'entraînement, quels sont les dossiers éligibles ?) ; Quel est, d'autre part, le niveau d'information à transmettre au comité pour qu'il puisse se prononcer de façon satisfaisante sur l'aménagement décidé ?

a) *Quelle définition supposer de la notion de poste aménagé et par effet d'entraînement, de la notion de handicap en milieu hospitalier ?*

Les dossiers retenus par les services de médecine du travail ont donc été « sélectionnés » comme identifiant une population ayant bénéficié d'un aménagement conséquent, sur la base d'une importante restriction médicale.

La difficulté rencontrée dans l'instruction de ces dossiers a été d'extraire des textes d'application de la loi, une interprétation précise et applicable à l'environnement hospitalier, des « agents bénéficiant de postes aménagés », anticipant par là même sur une définition partagée par le comité médical départemental. La nécessité de s'entendre sur la « situation de handicap » reste l'obstacle conceptuel majeur dans l'application de cette loi.

La loi de février 2005 a retenu comme définition du handicap qu'il « s'entend de toute restriction d'aptitude (...) dans son environnement ». Cependant, à défaut de textes réglementaires désignant clairement la frontière entre un poste de travail commun et un poste de travail aménagé au titre d'un handicap, ce sont aux acteurs locaux de tracer, raisonnablement et en adaptant un langage commun, le périmètre des situations de handicap en environnement hospitalier.

b) *Quel niveau d'information transmettre, à l'appui des demandes d'avis ?*

L'incertitude quant au juste niveau d'information à transmettre pour une prise de décision suffisamment éclairée du comité médical départemental est apparue en effet comme une équation supplémentaire à résoudre : comment respecter le secret médical tout en décrivant de manière suffisamment précise la restriction de l'agent ? On pouvait aisément s'attendre à ce sujet à ce que le comité médical, ait une certaine exigence sur la description qui serait faite des situations présentées comme invalidantes. En outre, peut-être faut-il rappeler que le CMD est saisi, en routine, de demandes d'avis pour des décisions ayant un impact statutaire important.

En fin de compte, et à la suite de quelques échanges avec le CMD, il a été décidé de présenter des dossiers très synthétiques, reprenant dans une fiche individualisée les éléments suivants :

- identification de l'agent (nom, grade...)
- aménagement du poste de travail : service d'affectation, type d'aménagement, caractère temporaire ou définitif
- antécédents des restrictions d'aptitude : CLM – CLD – AT / MP

Les réponses du CMD ont été très attendues, puisqu'elles seules conditionnaient la suite à donner au travail de recensement, en fixant un premier curseur pour l'interprétation de la notion d'aménagement de poste au titre d'un handicap.

Aussi la déception a été grande lorsque, quelques mois plus tard, les dossiers envoyés ont été réacheminés à leur expéditeur, mentionnant le refus exprimé par le comité de se prononcer en l'espèce, en raison du manque d'information disponible : insuffisante description de l'aménagement de poste effectué, absence de fiches de poste (avant/ après l'aménagement) et du bordereau indiquant que l'agent acceptait de transmettre son dossier.

Il est intéressant de constater que des procédures de régularisation similaires ont été mises en œuvre dans d'autres CHU, avec des difficultés plus ou moins comparables.

A Toulouse, par exemple, où la sollicitation du CMD, à titre rétroactif, pour une soixantaine de dossiers a entraîné, après plusieurs mois d'incertitude, la reconnaissance au fonds des décisions d'aménagement.

Les dossiers constitués à cette fin présentaient néanmoins la caractéristique d'avoir été instruits différemment : fiche d'aptitude datée de moins d'un an signée de la médecine du travail mettant en évidence les restrictions au poste, fiches techniques de postes rédigées par les cadres (poste généralement attribué en référence au grade, poste proposé à l'agent dans le cadre de l'aménagement) et courrier envoyé aux agents assorti de la réponse obtenue. En revanche, la médecine du travail ayant refusé de s'impliquer dans la gestion de ce dossier, le CHU de Toulouse a fait appel à des services d'expertise médicale pour constituer les dossiers individuels.

A Lyon, la situation rencontrée a été analysée de plusieurs façons par mes différents interlocuteurs :

- des explications d'ordre structurel ont été avancées, faisant état d'une coopération limitée entre les HCL et le CMD du Rhône. Hypothèse à laquelle s'ajoute l'idée d'une activité extrêmement intense de cette instance¹⁴.
- des explications de méthode ont été également proposées. En effet, on ne peut que prendre en considération les commentaires du CMD qui mettent en cause les modalités de constitution de ces dossiers : montage dans l'urgence et instruction unique par la médecine du travail, sans sollicitation du collectif de travail.

¹⁴ Sur ce point précis, il est possible de faire un lien avec les articles fréquents de doctrine en droit public, qui insistent sur le débordement des tribunaux administratifs spécialisés.

- enfin, la question déjà abordée des incertitudes quant à la définition même du handicap en milieu hospitalier a été soulevée. Le CMD, doté dorénavant d'une responsabilité accrue dans le traitement de cette question, aurait-il souhaité organiser une méthode rigoureuse d'instruction et préféré attendre avant de donner une orientation précise à ses avis¹⁵ ?

Mon analyse de la situation m'incite cependant à formuler une autre hypothèse, tenant à la fois au réseau d'acteurs et à l'organisation des circuits de maintien dans l'emploi.

En premier lieu, il est probable que la nécessité de confier ce dossier à un seul des deux services de médecine du travail ou de médecine agréée ait entraîné des difficultés. Une instruction successive par les médecins du travail puis par la médecine agréée aurait été bénéfique, le service de médecine statutaire étant le plus familiarisé avec la constitution de dossiers médicaux à destination du CMD.

Deuxièmement, cette difficulté semble révéler la nécessité de repenser certaines modalités d'organisation des circuits du maintien dans l'emploi en tenant compte de la loi de février 2005. Deux axes de réflexion se dégagent alors de ce constat.

D'une part, l'hypothèse d'une certaine confusion dans les aménagements, si bien que l'on ne distingue pas clairement :

- les changements d'affectation en réponse à un souhait de l'agent ou en raison d'une restriction médicale peu significative,
- des aménagements conséquents, graves, nécessaires, en réponse à un état de santé qui compromet sérieusement la carrière des agents.

D'autre part, il convient d'avancer l'idée que l'absence d'outils formalisés facilitant le suivi des aménagements de poste a constitué un point de fragilité pour les HCL, contraints à conduire un travail d'instruction sur dossier individuel qui n'a pas valorisé les compétences et expériences des professionnels de l'institution.

2.2 L'évaluation des procédures de traitement des situations individuelles comme principal enjeu d'une mise en œuvre efficace de la loi du 11 février 2005

Tenant compte des caractéristiques structurelles des HCL, qui ont nécessairement eu un impact sur le travail de recensement, il semble incontournable, à ce stade de l'analyse, d'étudier plus finement l'organisation même du traitement des situations individuelles dans le domaine du maintien dans l'emploi, notamment par le biais des règles de fonctionnement des instances dites de « veille médico-sociale ».

¹⁵ Il convient de préciser ici que lors de récents échanges entre les HCL et le CMD, ce dernier a rappelé qu'il entendait ne pas se prononcer au fond sur l'aménagement (et sa justification), mais seulement sur l'inaptitude au poste de l'agent, en fonction des données à caractère médical qui lui seraient transmises.

2.2.1 La mise en évidence de procédures de gestion variables au sein des Hospices Civils de Lyon

C'est probablement suite à une certaine prise de conscience des insuffisances présentées précédemment que les HCL ont engagé progressivement un travail de mise en commun des expériences, en réunissant les directeurs du personnel de groupement, les médecins du travail et les représentants du personnel autour de « groupes de veille médico-sociale ».

A) Groupes de travail et retours d'expérience

Au début de l'année 2007, trois groupes de travail dits « de veille médico-sociale » ont été animés à la DPAS sur le thème des pratiques constatées dans les groupements en matière d'aménagements de poste pour les agents hospitaliers.

Ces ateliers ont eu pour ambition d'initier une réflexion d'ensemble aux HCL sur les instances locales existantes en matière de concertation médico-administrative et de favoriser une homogénéisation de leurs modes de fonctionnement. Ils ont permis de formuler les principes de gestion adoptés localement, d'échanger sur des cas précis d'aménagements de poste et d'extraire de ces situations les principes de fonctionnement les plus pertinents pour adopter un dispositif global harmonisé au niveau des HCL.

Sur le plan de l'analyse, il ressort de cet état des lieux à la fois des principes intangibles partagés, mais aussi un engagement variable de la part des directeurs de personnel.

En premier lieu, il convient de préciser que la quasi-totalité des établissements ont mis en place une instance locale de concertation – appelée « commission des postes adaptés » ou « commission médico sociale » - qui poursuit les mêmes objectifs généraux : éclairer la décision d'aménagement de poste de façon à répondre au mieux à l'objectif de maintien dans l'emploi des agents. Cette instance traite principalement de deux motifs de changement d'affectation : raisons médicales (sur présentation des cas par la médecine du travail) et raisons sociales (sur présentation des cas par le service d'aide sociale).

En revanche, la fréquence de cette réunion est variable (d'une à deux fois par an, jusqu'à un rythme trimestriel). Il en est de même de sa configuration : si le médecin du travail, le directeur du personnel, l'assistante sociale du personnel et la directrice des soins constituent le noyau dur de cette commission, il est fait place ou non, selon les sites, à d'autres participants : conseillers conditions de travail, service formation, cadres supérieurs de pôles, attachés d'administration.

Il s'avère que le mode de fonctionnement de ces instances est jugé plus ou moins satisfaisant selon les sites. Deux groupements hospitaliers ne disposent pas d'une telle

commission, l'expérience décevante d'une commission antérieure les ayant conduit à privilégier un mode de traitement plus informel et direct entre directeur du personnel et médecins du travail. Quant aux autres, ils sont confrontés à plusieurs types de difficultés : le positionnement des acteurs, les représentations attachées à ces réunions et un sentiment d'inefficacité à leur sujet.

En effet, la réussite des processus de maintien dans l'emploi suppose d'organiser un travail en commun en l'absence de tout lien hiérarchique (médecin du travail – directeur du personnel) et de privilégier l'échange à la juxtaposition de positions respectives.

Il n'est pas évident dans ce cadre de s'entendre sur des questions telles que la détermination de l'ordre du jour¹⁶, les limites du secret médical¹⁷, ou la régulation de la dimension affective de certains dossiers¹⁸.

D'autre part, la perception des agents quant à la finalité de ces réunions est variable.

Il convient alors de se prémunir contre le risque d'opacité induit par le secret des échanges ou la non motivation des décisions d'affectation prises ultérieurement. De même qu'il convient de prévenir le développement, chez les agents, d'une impression d'iniquité et du sentiment d'être ou non « sélectionné » et de devoir organiser en fonction ses moyens de défense. En effet, la fréquence irrégulière de certaines commissions introduit des délais de résolution parfois longs, mais surtout variables, entre ceux qui s'appliquent aux dossiers traités en urgence entre la tenue de deux commissions et ceux dont la décision peut intervenir après plusieurs mois.

Enfin, en fonction de la fréquence des réunions, de la qualité des échanges et du nombre de participants, les commissions des postes adaptés sont perçues comme des instances plus ou moins lourdes à mettre en place et à faire vivre, ne conduisant pas nécessairement à de réelles améliorations dans le traitement des situations individuelles. Il convient de préciser ici que des décisions concrètes sont rarement prises au cours même des réunions. La visée de ces rencontres reste avant tout l'échange et le partage d'informations ainsi que la mise en réseau d'acteurs. Il demeure en effet admis par tous que la décision revient finalement au directeur du personnel. Le temps qui peut s'écouler, une fois encore, entre l'échange proprement dit et la décision elle-même, constitue là aussi un point de fragilité du circuit de maintien dans l'emploi existant.

¹⁶ Les situations individuelles à traiter doivent-elles être proposées par le directeur du personnel seulement, par le médecin du travail ou les assistantes sociales, ou bien par l'ensemble des participants ?

¹⁷ Il convient de s'entendre, sur ce point, sur un niveau d'information pouvant être partagé sans risque de rupture du secret médical.

¹⁸ En fonction notamment de la présence ou non de l'encadrement.

En outre, au-delà de ces divergences, il ressort de la position des acteurs une multiplicité d'objectifs secondaires à ces commissions, qui ne sont pas nécessairement partagés. Le maintien dans l'emploi est peut être le sujet par excellence où chaque fil tiré en l'espèce entraîne avec lui l'ensemble de l'ouvrage : enjeux de la formation dans un centre hospitalier, suivi de l'absentéisme de longue durée, problématiques individuelles des agents et lien avec leur manière de servir, difficultés de la détection précoce des difficultés, thème des risques professionnels et des conditions de travail...

Si on ne peut donner à ce type de commission un objectif unique, encore faut-il veiller à l'explicitier auprès de tous : certes, la commission des postes adaptés poursuit un objectif de traitement des situations individuelles mais elle répond aussi au besoin d'analyse d'enjeux collectifs. D'où l'importance de sa configuration.

En outre, ses participants doivent s'entendre sur un certain nombre de points de repères structurants pour les échanges : niveau d'engagement sur la décision à venir (en termes de délai par exemple ou de prise en compte de certaines exigences), méthode pour parvenir à détecter les situations de façon précoce et outils de suivi d'une réunion à l'autre.

Aussi le temps essentiel d'une procédure de maintien dans l'emploi n'est pas toujours celui de l'instance en tant que telle mais plutôt celui qui suit, au moment où les contacts réguliers et informels qui n'auraient pas eu lieu sans la tenue de la commission permette de prendre définitivement une décision juste et raisonnée. Mais comment, alors, s'assurer d'une stricte égalité entre toutes les situations individuelles ?

A ces questions, le groupe de veille médico – sociale a toutefois répondu partiellement en dégagant certains principes de fonctionnement qu'il serait souhaitable de voir se déployer sur l'ensemble des groupements. Les préconisations sont doubles.

En premier lieu, le principe de la détection des situations problématiques au plus près du terrain est affirmé, via l'encadrement de proximité et par le biais de l'introduction de tableaux de bord au niveau des pôles d'activité.

Ensuite, l'analyse des situations d'individuelles se fait dans le cadre d'une structure de concertation et de décision, en application des principes suivants :

- généralisation des commissions à l'ensemble des groupements,
- primauté de la prise de décision opérationnelle, composition pluri- professionnelle et valorisation du modèle en « configuration élargie », fréquence trimestrielle afin de garantir le suivi des situations individuelles dans le temps,
- introduction d'un outil de suivi, diffusé en amont d'une réunion (possibilité donnée à chaque participant de présenter un cas d'espèce), et partagé par la suite (avec maintien de l'inscription tant que la situation n'est pas stabilisée),

- développement d'une politique visant à ne pas isoler les agents en maladie en travaillant au maintien d'un lien lors d'absence prolongée, pas nécessairement via le directeur du personnel mais peut être par le biais du service social du personnel par exemple et sous la forme d'un courrier personnalisé rappelant aux agents leurs droits statutaires,
- communication appropriée auprès de l'encadrement et des agents avec un positionnement des organisations syndicales « en amont » (mission d'expliquer leurs droits aux agents mais aussi de les orienter vers les bons interlocuteurs), devoir d'information de l'employeur (via l'idée d'une brochure où figureraient les coordonnées et les missions respectives des différents recours possibles en cas de difficulté – assistante sociale, médecin du travail, psychologue...),
- enfin, naturellement, intégration de ces dispositifs nouveaux dans le cadre du dispositif de suivi et d'identification des agents bénéficiant de postes aménagés et donc bénéficiaires de l'obligation d'emploi (suite à donner en terme de transmission au comité médical départemental).

Le renforcement des principes de fonctionnement et de la communication autour de ces principes ne peut apparaître que comme une nette amélioration des processus existants. L'analyse des processus de maintien dans l'emploi offre un exemple remarquable des effets de l'introduction de la « règle » dans l'environnement professionnel hospitalier. Paradoxalement, la valeur de la règle est d'autant plus forte et gage de stabilité dans un système que l'environnement est incertain, les positions des acteurs fluctuantes et la prise de décision complexe. Dans ce contexte, l'affirmation de principes de fonctionnement contribue plus à rassurer qu'il ne rigidifie les organisations en place.

Sur le plan de la méthode, il semble qu'une organisation de maintien dans l'emploi ait deux conditions incontournables de réussite. D'une part, la définition de règles du jeu claires et lisibles pour tous, avec des critères identifiés. D'autre part, la souplesse et les marges de manœuvre nécessaires à l'individualisation du traitement des situations.

B) Les enseignements tirés du recensement 2007 : une participation inégale des groupements à l'effort d'emploi collectif

Le recensement des personnels handicapés dans la fonction publique constitue certes une obligation nouvelle des employeurs publics. Il présente néanmoins l'avantage d'inciter les organisations à adopter une méthode rigoureuse de décompte et de suivi. Un des impacts significatifs de la loi de 2005 réside en réalité dans les effets de cette démarche. Force est de constater que les établissements publics de santé disposent dorénavant d'un éclairage nouveau sur leur situation sociale, qu'ils ont tout intérêt à exploiter.

C'est le travail qui a été entrepris aux HCL, à l'occasion d'une étude portant sur les contributions respectives des groupements hospitaliers à l'effort d'emploi global de personnes handicapées¹⁹.

Le principal enseignement tiré de ce « contrôle de cohérence » est venu du constat d'une participation très inégale des groupements à l'effort collectif d'emploi. Les documents de synthèse transmis aux directeurs du personnel apportent effectivement un éclairage nouveau à la fois sur la façon dont les directeurs de personnel se sont saisis de cette obligation nouvelle, mais aussi sur la nature de leurs pratiques.

Il apparaît donc que l'effort réalisé par chaque groupement – et par conséquent son résultat « de gestion » - sont très sensiblement variables d'un établissement à l'autre (en tenant compte de la taille respective des groupements hospitaliers).

Le groupement hospitalier Sud (21% de l'effectif total HCL) contribue à hauteur de son effectif à l'effort collectif (22%). En revanche, il ne répond pas « individuellement » à l'obligation d'emploi, avec un taux de 4,86% de personnels handicapés.

C'est pour le groupement Edouard Herriot que les résultats sont les meilleurs : avec 368 personnes recensées (soit 44% de l'effectif handicapé déclaré), cet établissement, qui représente 25% de l'effectif total HCL, présente un taux d'emploi de 8,34%.

Cette divergence est assez significative dans la mesure où ces deux groupements sont de tailles assez comparables.

A l'inverse, il convient de noter la très faible participation des plus petits groupements. Les écarts se concentrent exclusivement sur le nombre de postes aménagés déclarés. Les agents reconnus sur postes aménagés représentent un effectif de 254 agents à Edouard Herriot (sur les 474 agents recensés HCL), 94 au Groupement Hospitalier Sud (soit un rapport de 1 à 2 entre ces deux groupements), mais un effectif compris entre 15 et 30 en moyenne pour les autres groupements.

A ce sujet, les groupements ont été incités à s'interroger la nature de la coopération établie entre la direction du personnel et la médecine du travail (méthode adoptée pour repérer les dossiers à présenter, temps de travail en commun éventuellement...).

D'autre part, les conclusions de l'étude ont permis d'avancer l'idée qu'à terme, une fois les modalités de recensement fiabilisées, l'imputation financière de la contribution à verser serait modulée en fonction des résultats obtenus sur les sites.

Cette orientation sera l'objet de discussions à venir entre les directeurs de personnel des groupements et la DPAS, mais la mise en concurrence des groupements hospitaliers sur ce

¹⁹ Annexes 5 et 6

thème pourrait conduire à une nouvelle implication des services des ressources humaines. Ce qui constitue un « retour potentiel sur investissement » intéressant à l'échelle de l'institution. Il reste dans les périodes à venir à enrichir néanmoins cette analyse de la façon dont les groupements eux-mêmes répercuteront cette obligation sur leur site : obligation d'emploi collective d'établissement ou modulation de l'effort sur les pôles d'activité ?

Une des ambitions annoncées de ce travail est de mettre en évidence qu'au-delà de la technique de recensement, il y a également une analyse à faire en terme de « processus » et de mise en question des pratiques elles-mêmes. Or, on constate que les résultats obtenus par les groupements confirment les tendances révélées lors des groupes de veille médico-sociale.

Ainsi, le groupement hospitalier Est, qui représentait l'un des rares établissements à ne pas structurer ses pratiques de maintien dans l'emploi par la tenue régulière d'une commission des postes aménagés, présente un taux d'emploi de 2,49% et participe à l'effort collectif d'emploi à hauteur de 7,06% alors qu'il représente 13,5 % des effectifs HCL. Son effectif de bénéficiaires de l'obligation d'emploi (56 agents) est largement constitué de bénéficiaires de l'ATI (37 personnes) – en gestion DPAS -, puisque 15 agents seulement apparaissent comme bénéficiant de postes aménagés.

A l'inverse, le groupement Edouard Herriot, qui participe à l'effort collectif bien au-delà de ce qu'il représente en volume d'effectifs, est également celui qui fait fonctionner une commission des postes adaptés dans sa forme la plus aboutie, celle qui a inspiré les règles édictées au niveau des HCL.

Peut être y a-t-il alors lieu de penser que le fonctionnement plus ou moins satisfaisant des commissions des postes aménagés a une incidence réelle sur le recensement des personnes bénéficiaires de l'obligation d'emploi. Ce qui confirmerait en partie l'hypothèse de la nécessité d'une certaine formalisation des circuits du maintien dans l'emploi. On peut alors s'interroger sur les possibles corrélations suivantes :

- L'efficacité du partenariat entre les acteurs du maintien dans l'emploi est-elle plus significative quand les missions de la commission des postes aménagés sont clairement identifiées ?
- Le modèle d'une commission élargie, réunie régulièrement et connue de tous, a-t-il un impact sur la qualité des échanges informels ultérieurs (d'autant plus que l'ordre du jour est « ouvert ») ?
- Le partage d'outils de suivi du traitement des situations individuelles peut-il être directement relié à la qualité de la réponse donnée en terme de recensement ?

Il convient de garder toute prudence quant à l'interprétation de phénomènes dont les liens de causalité ne peuvent être rigoureusement démontrés. Cependant, il est probable que les éléments précédemment décrits participent à la réussite du maintien dans l'emploi et donc à la qualité de la réponse apportée à la loi de février 2005. L'utilisation régulière d'un tableau de recueil fiable et exhaustif pourrait notamment avoir un impact direct sur le recensement, dans la mesure où il renforce la connaissance du nombre de personnels handicapés sur un site, et par voie de conséquence, améliore les résultats obtenus par les groupements au moment du recensement.

Le Groupement Hospitalier Sud, qui est aussi mon terrain de stage, présente à ce sujet l'intérêt de se situer dans une position relativement médiane. Le recensement auquel il est parvenu reflète une contribution à l'effort collectif qui est en adéquation avec le poids qu'il représente, aux HCL, en termes d'effectifs.

Par rapport à l'effort collectif des HCL et son poids au sein de l'institution (recensement finalisé après échanges complémentaires)

	Personnel handicapé	% nb handicapés au GHS / Nb total handicapés HCL	Effectif GHS	% Nb handicapés GHS/ Effectif GHS	% Effectif GHS / Effectif HCL
GHS	182	21,77%	3747	4,86%	21,37%

Par catégorie de bénéficiaires (recensement FIPHFP)

	ATI	Reclassements	Agents COTOREP	Agents sur postes aménagés	Total
GHS	68	3	11	94	176

Sur le plan de ses pratiques, il présente à la fois des gages d'efficacité et une organisation perfectible. Ainsi, ma présence sur ce site pendant huit mois m'a offert l'occasion d'analyser plus précisément la politique de maintien dans l'emploi telle qu'elle est mise en œuvre quotidiennement.

Cette analyse a été effectuée sur la base du recueil de données sur place, par l'observation du fonctionnement de la commission des postes aménagés et grâce à une série d'entretiens conduite avec les acteurs locaux.

2.2.2 Analyse détaillée de l'approche du Groupement Hospitalier Sud pour résoudre les situations d'inaptitude dans le contexte de l'application de la loi du 11 février 2005

Partant de l'hypothèse que l'impact majeur – d'où il tire son intérêt – de la loi du 11 février 2005 est d'inciter à l'amélioration des procédures de maintien dans l'emploi, alors seule une analyse rigoureuse de l'ensemble des facteurs qui participent au traitement des situations individuelles peut favoriser une réponse cohérente aux problématiques de gestion soulevées et permettre qu'une politique de l'emploi en faveur des personnels handicapés se déploie dans les établissements hospitaliers.

Cette section entend permettre de confronter les « préconisations de gestion » du maintien dans l'emploi et les processus tels qu'ils existent dans le cadre de la gestion courante rencontrée sur un site en particulier (exemples par des cas concrets, difficultés de terrain, contexte budgétaire tendu, impact des pôles d'activité notamment).

A) Historique et mode de fonctionnement de la commission des postes aménagés

Le Groupement Hospitalier Sud (GHS) présente une forte tradition de suivi médico-social de ses agents.

Dès 1991, une commission des postes adaptés a été mise en place, à la suite d'une concertation sur ce thème réunissant la direction des soins, la médecine du travail et les représentants du personnel.

Un recensement des postes dits « doux » a été effectué, et un courrier adressé en juillet 1995 aux 186 agents recensés dans ce cadre. Le principe d'une affectation limitée dans le temps des agents sur les postes aménagés, après contractualisation entre l'employeur et l'agent, a été arrêté sur la base d'une « *première affectation sur un valable quatre ans renouvelable deux ans pour un problème d'ordre social et trois ans pour raison médicale* ».

La commission n'a jamais véritablement fonctionné sur ce modèle puisque les principes édictés précédemment se sont heurtés à de vives réactions des agents, soutenus vigoureusement par le corps médical qui s'est fermement opposé à ce que l'on reconsidère la situation des agents travaillant depuis plusieurs années dans leur service.

En 2003, une nouvelle concertation s'est organisée, avec les mêmes partenaires, autour de la thématique « postes aménagés et postes adaptés », pour améliorer la gestion des problématiques individuelles des agents, favoriser le maintien dans l'emploi et éviter que les agents soient dirigés vers une décision de réforme.

Les groupes de travail ont dressé un bilan actualisé de la situation au GHS, réunissant :

- des éléments de contexte : pyramide des âges, durée de l'exercice professionnel, constat d'une multiplication des dossiers de demandes d'aménagements de postes alors même que le nombre de postes dits « doux » reste le même, voire diminue en raison de l'intensification du travail dans chaque secteur,
- une approche dite « emplois » : actualisation de la « cartographie » des postes « doux » en fonction de critères relatifs aux horaires (fixes ou repos le week-end), à la charge physique, mentale (du fait de la nature de l'activité ou du type de patients accueillis), à la technicité ou autres spécificités (postes sans contact avec le latex, postes sans contact avec des détergents/ désinfectants par exemple),
- une approche dite « agents », recensant le nombre de demandes d'aménagements pour raisons médicale et sociale et les agents affectés pour ces motifs depuis une dizaine d'années.

Le circuit des décisions a été remis à plat sur la base des outils de la littérature existante : recueil de la demande, traitement collectif du dossier (ou résolution de l'équation entre la situation individuelle de l'agent, les besoins de l'activité et l'offre de postes disponibles), prise de décision (solution adaptée dans le respect des droits statutaires) et évaluation.

Les affectations ont été considérées comme indissociables de l'environnement de travail et de l'institution elle-même : nécessité de travailler sur les évolutions de carrière possibles, l'accompagnement en termes de compétences, la formation.

Un large consensus s'est dégagé des grandes orientations précédemment décrites et certains principes de gestion sont nés des échanges : la transparence sur les postes, l'équité et le suivi des décisions. Le lien avec les mesures de prévention a été évoqué (matériel adapté, brancards ergonomiques, formation à la manutention, importance de la gestion des places réservées en crèche pour les problématiques d'ordre social). Les écueils majeurs ont été également définis : éviter le rassemblement d'agents en postes adaptés dans un même secteur, résoudre les paradoxes de la contractualisation et ne pas trop privilégier les circuits informels facteurs d'instabilité.

L'existence d'une commission spécifique n'a absolument pas été remise en question, dans le respect de l'objectif initial et selon une configuration identique à celle de sa version précédente (direction du personnel, direction des soins, médecine du travail, service social du personnel, conseiller aux conditions de travail). Cependant, ses règles de fonctionnement se sont distinguées de l'expérience antérieure sur deux points importants.

En premier lieu, les procédures d'aménagement de postes dits « adaptés » pour raison sociale et de postes dits « aménagés » pour raison médicale ont été clairement dissociées (bien que toutes deux traitées via la même commission). Dans le premier cas, sur présentation des dossiers par le service social, les efforts se concentreraient sur la recherche de postes à amplitudes horaires conciliables avec la situation individuelle de l'agent (problèmes fréquents de garde d'enfants et situations familiales monoparentales). Dans le second, sur présentation des dossiers par la médecine du travail, la réflexion sur la nature des tâches à réaliser dans les services serait privilégiée.

Ensuite, le principe de contractualisation a été clairement rejeté, en raison de la difficulté de fixer une échéance à la résolution des problèmes rencontrés par les agents.

Depuis, la commission des postes fonctionne au GHS selon les principes adoptés. De l'ensemble des entretiens conduits avec les acteurs locaux de ce site, il ressort indéniablement que son fonctionnement est jugé globalement nettement plus satisfaisant qu'autrefois. Néanmoins, ma présence au sein de ce groupement pendant plusieurs mois m'a permis d'envisager une analyse plus pratique et concrète du fonctionnement de cette instance et du mode de traitement des situations individuelles pour raisons médicales, afin d'en dégager des forces et faiblesses et d'envisager des pistes d'amélioration, en tenant compte à la fois de l'impact de la loi de février 2005, du contexte actuel de l'établissement et des orientations des HCL sur ce dossier.

B) Le mode de traitement de la question du maintien dans l'emploi

a) *Présentation sociale du Groupement Hospitalier Sud (données issues des bilans sociaux 2005 et 2006)*

Au 31 décembre 2005, l'effectif global du GHS s'élevait à 3555 ETP, dont 2402 (67,69%) issus de la filière soignante. La répartition par tranche d'âge reflète une forte concentration des personnels dans les catégories des 41-55 ans (47% des effectifs). Au sein du personnel soignant, on constate une tendance au vieillissement (la tranche d'âge la plus représentée est la catégorie des 40-50 ans²⁰) et une plus grande fréquence dans les changements d'affectation que pour les autres catégories de personnels (477 sur 560 dans l'établissement). Sur le plan de l'organisation du travail (fonctionnement en 32h30 de nuit et 37h30 de jour), 1236 agents travaillent en alternance jour, 908 en jour fixe, 483 en alternance jour/ nuit (+ de 5 nuits par mois), 23 en alternance jour/ nuit (- de 5 nuits par mois) et 282 de nuit.

Le taux d'absentéisme du GHS s'élève à 9,90%. Les deux principaux motifs d'absence sont la maladie ordinaire et le congé maternité (en nombre de jours d'absence : 50% pour la

²⁰ Annexe 2 : pyramide des âges au GHS

maladie ordinaire, 21% pour le congé maternité). Les CLD – CLM expliquent aussi 20% des absences. Ils concernent un plus faible nombre d'agents (74) mais la durée moyenne d'arrêt s'élève à 180 jours.

b) *Santé au travail au GHS : un bilan éclairant produit chaque année par le service de médecine du travail*

Le bilan des postes aménagés / adaptés est produit chaque année dans le cadre des bilans annuels de la médecine du travail et du service social du personnel. Il constitue dans le même temps un outil de suivi du fonctionnement de la commission des postes aménagés.

En 2006, 71 dossiers ont été proposés à la commission par la médecine du travail, dont 55 au titre de la filière soignante (parmi lesquels 27 aides-soignants (ASD), 16 infirmiers (IDE), 10 Agents de Service (ASH)). Le nombre de demandes ayant obtenu satisfaction s'élève à 29 dossiers, soit 41% (22 pour les soignants).

La forte proportion d'ASD est soulignée (38% des demandes), ce qui « traduit la difficulté pour cette catégorie de se maintenir à son poste quand des problèmes de santé arrivent ».

Les causes médicales à l'origine de la restriction d'aptitude sont révélatrices des problématiques de santé au travail en environnement hospitalier. Les pathologies rachidiennes et/ ou articulaires sont la première cause de restriction d'aptitude (26 cas sur 71). « Ces faits sont à rapprocher de l'importance des contraintes physiques auxquelles sont soumis les agents hospitaliers. D'autant que ne sont présentés en commission des postes adaptés que les cas les plus graves ».

Au second rang des demandes de poste (15 cas sur 71) figurent les problèmes psychopathologiques (décompensation, épuisement, burn out), ce qui constitue également une donnée préoccupante sur la santé des personnels soignants.

Enfin, il est constaté que 70% des demandes surviennent après 40 ans chez les agents, ce qui est à la fois conforme à la littérature scientifique sur ce thème mais pourrait constituer une réelle préoccupation pour les directions d'établissement, eu égard à la pyramide des âges précédemment décrite.

Ces données sociales permettent toutefois d'éclairer le contexte dans lequel les acteurs du maintien dans l'emploi tentent de concilier au mieux des principes rigoureux avec la réalité de la gestion courante : traitement de situations dans l'urgence, degré de gravité variable, d'où l'impossibilité de traiter les cas en fonction de l'ancienneté de la demande, déséquilibre saisissant entre le nombre de demandes de changements d'affectation et le nombre de postes disponibles adéquats, difficulté de la détection précoce des situations individuelles et de leur suivi dans le temps.

c) *Les circuits de maintien dans l'emploi au GHS : utilisation d'une « matrice d'analyse » théorique pour mettre en évidence les difficultés tirées de la pratique*

La direction du personnel du GHS est organisée en « cellules de gestion », animées par un attaché d'administration ou un adjoint des cadres. Le service est donc ainsi découpé : cellule « recrutement/ affectation », cellule « paie et Comité de Gestion des Œuvres Sociales (CGOS) », cellule « Gestion Opérationnelle du Personnel (GOP)²¹» et « cellule de pilotage²² ». Chaque référent administratif a en charge à la fois le site du Centre Hospitalier Lyon Sud (CHLS) mais également l'Hôpital Henry Gabrielle (HHG), structure de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) située à trois kilomètres du CHLS (les deux établissements formant le « Groupement Hospitalier Sud »).

Les trois cadres du recrutement, de la paie et du service de gestion opérationnelle du personnel sont réunis chaque lundi matin en réunion de service, animée par le directeur du personnel et élargie, deux fois par mois, aux deux conseillers conditions de travail, aux deux conseillers formation carrière et à la psychologue aux conditions de travail.

Ce temps d'échange hebdomadaire favorise indéniablement l'efficacité de la politique du maintien dans l'emploi, dans la mesure où peuvent être à la fois évoquées des orientations collectives (institutionnelles ou de service) et des situations individuelles à traiter.

Cependant, depuis l'instauration de la commission des postes aménagés, c'est l'attachée d'administration de la cellule recrutement/ affectations qui joue un rôle de référence en la matière. Ordres du jour des commissions, convocations, applications des décisions ultérieures passent par elle. Surtout, elle est le point central vers lequel convergent tous les circuits d'information informels. Nous reviendrons sur les mécanismes de cette configuration, dont la compréhension est essentielle pour approcher la réalité de la politique de maintien dans l'emploi au GHS.

L'enjeu à ce stade consiste à structurer clairement l'analyse d'une situation locale, pour mettre en évidence et expliquer les éventuels écarts entre le discours de principe et les pratiques. En effet, les grands principes sous-jacents au maintien dans l'emploi (adéquation entre les besoins de l'agent et de l'employeur, compatibilité entre les compétences et les exigences de l'emploi, accompagnement et poursuite du déroulement de carrière) sont souvent mis à mal par les situations rencontrées dans la gestion courante qui présentent rarement l'occasion de voir tous ces éléments réunis.

²¹ Notamment chargée du suivi de tous les éléments constituant le dossier des agents.

²² Qui s'occupe essentiellement du suivi de données budgétaires et de la production du bilan social.

Cependant, pour adopter une démarche d'analyse rigoureuse et ne pas tirer uniquement des enseignements de cas d'espèce, les outils conceptuels du maintien dans l'emploi peuvent servir de points de repères utiles et facilement identifiables. On peut donc envisager reprendre comme matrice d'évaluation de la pratique les principales étapes d'un circuit de maintien dans l'emploi telles qu'elles figurent dans la littérature consacrée à ce sujet : signalement de la demande – analyse de la demande – traitement et suivi de la demande – mise en œuvre des outils – évaluation de l'action.

L'avantage de cette matrice est de pouvoir rendre compte des articulations entre des acteurs multiples qui interviennent dans les procédures de maintien dans l'emploi et dont les logiques et les temps d'intervention ne sont pas nécessairement ordonnés et coordonnés.

Le signalement – Est-ce toujours trop tard ?

Le juste moment du signalement d'une situation individuelle est peut être le thème sur lequel il conviendrait de concentrer le maximum d'efforts pour améliorer l'efficacité du maintien dans l'emploi. Sur le plan conceptuel, le « juste » moment est néanmoins difficile à définir : Est-il celui où l'on peut encore agir dans le domaine de la prévention ? Celui où l'on peut éviter la dégradation ? Celui qui évite l'absence répétée, prolongée ? Celui qui permet de conserver son métier ?

Le juste moment est fonction des agents et de leurs compétences, bien qu'il semble que la recherche de la plus grande précocité de la détection représente un enjeu considérable.

Au GHS, il est difficile de parvenir à une véritable détection précoce des problématiques individuelles, pour plusieurs raisons :

- très peu d'outils sont d'ores et déjà mis en œuvre pour permettre ce suivi. Les données d'absentéisme donnent une tendance globale qui ne dit rien de la situation individuelle des agents et de leur évolution.
- l'encadrement de proximité, qui est détenteur de l'information la plus précise à ce sujet, a difficilement l'occasion de relayer ces informations, ou ne le souhaite pas, ou ne parvient pas à traiter précisément cette question (prédominance de la ré- organisation en urgence du travail, gestion du remplacement à court terme...).
- les circuits de mises en relation des acteurs sont rythmés par les arrêts et les avis, ce qui ne laisse que peu de marge d'anticipation.

En effet, la situation d'un agent peut être examinée soit quand l'agent est à son poste, soit quand il est en arrêt, soit quand il est en situation de reprise. Ces trois de cas de figure se présentent lors des réunions de la commission des postes aménagés. Cependant, étant donné le nombre de dossiers à traiter, l'urgence de certains cas et la faiblesse de l'offre de

postes, les dossiers d'agents en activité dont l'avenir est compromis ne font pas nécessairement l'objet d'un traitement prioritaire.

Quant aux agents en arrêt, on ne peut que constater leur absence et tenter d'y remédier car la décision conditionne leur reprise. Dans ces cas-là, l'aspect préventif a déjà échoué. Mais il reste encore à préserver les agents d'une absence trop longue, qui les écarteraient durablement de leur activité professionnelle, d'autant plus que pour certaines pathologies (par exemple, les lombalgies), la durée de l'arrêt conditionne clairement les possibilités de reprise.

Enfin, les agents en situation de reprise présentent une complexité plus grande encore sur le plan de la communication entre les acteurs. Selon le type d'absence et sa durée, différents acteurs sont avertis²³.

C'est à ce moment –là que s'évalue la qualité d'un réseau et que le temps disponible entre l'annonce de la reprise (« le signalement ») et la ré- intégration elle-même conditionne la suite du processus. Ce temps est souvent très bref, d'où la nécessité de veiller à trouver les moyens de rester en contact avec les agents absents longtemps, pour anticiper leur reprise. Cette pratique n'est pas à l'œuvre de façon formalisée au GHS. Elle trouve les moyens d'être compensée par la qualité des réseaux informels.

L'analyse de la demande et son traitement : constituer un réseau et adopter un langage commun

Dès lors que la demande a été signalée, le processus de maintien dans l'emploi se fixe comme objectif l'organisation d'une réponse appropriée. C'est sans doute à ce stade que les obstacles sont les plus grands : tentation d'une solution « plaquée », repli sur une solution d'urgence peu adaptée, incompréhension des acteurs, manque de connaissance ou déni des compétences et des souhaits de l'agent, repli de l'agent lui-même....

Cette étape est sans doute la plus « affective » car elle place l'agent au centre d'un réseau d'acteurs dont les positions respectives ne sont pas toujours conciliables :

- les souhaits de l'agent ne peuvent pas toujours être respectés,
- l'employeur doit gérer l'équité entre les agents et raisonner non pas en terme de solution « idéale » mais « envisageable »,
- l'encadrement subit la tentation des comportements de rejet / d'affection, notamment quand la pression du collectif de travail est trop grande,
- le secret médical et son respect sont parfois facteurs de blocage, quand la reformulation n'est pas possible,

²³ Par conséquent, le réseau est plus ou moins étendu autour du directeur du personnel : médecine statutaire, médecine du travail, direction des soins, encadrement.

- la médecine du travail est dans l'ambivalence d'être à la fois « service prescripteur » mais « non décideur ». En effet, la visite déclenche l'avis. Cependant, l'avis ne peut être injonction faite à l'employeur.

Concrètement, il est apparu qu'au GHS, la qualité du traitement de la demande était étroitement dépendante de l'existence d'un langage partagé, exprimé par le biais des courriers d'avis ou lors des commissions. La frontière est poreuse, entre la description d'une restriction (« *l'agent X ne peut plus porter de charge lourde* ») et la prescription – ou ce qui est pressenti comme adapté - « *cet agent ne peut plus travailler en unité d'hospitalisation. Un service de consultation serait plus adapté, ce que souhaite d'ailleurs l'agent* »).

Or, à ce stade, la tentation d'une solution « plaquée » vient de l'idée que l'on se fait d'un service, d'une unité à un instant T. Ces schémas de représentation sont difficiles à tordre que ce soit pour l'agent, l'encadrement, le directeur du personnel ou le médecin du travail. L'enjeu d'un travail partenarial dans le cadre du maintien dans l'emploi est également de remettre en permanence en débat la « difficulté supposée » de certaines unités de soins²⁴.

On constate d'ailleurs que la commission des postes aménagés au GHS ne se réfère à aucune cartographie de postes. Si par principe l'aménagement est individualisé, il ne peut y avoir de solution préconçue, élaborée à partir d'un catalogue des postes dits « allégés ». A l'inverse, il n'y a généralement aucun engagement possible, de la part de la direction, sur le type de poste aménagé auquel un agent peut prétendre. La décision relève avant tout de l'opportunité (le temps, la disponibilité des acteurs, les mouvements des autres...), et ce malgré les principes de gestion, le souhait de l'équité et la bonne volonté.

Il convient toutefois de ne pas empêcher certaines solutions de reclassement du fait d'une mauvaise articulation entre les acteurs. D'autant plus qu'il y a aussi parfois au sein des réseaux d'acteurs des freins qui ne s'expriment pas clairement : dimension conflictuelle d'une ré- intégration, manque de conscience professionnelle de certains agents, tentatives d'usurpation du statut d'agent malade, difficultés à se retrouver dans une équipe. Ces dimensions-là doivent également être prises en compte quand se pose pour un agent la question d'un tel changement.

Outils du maintien dans l'emploi et évaluation de l'action -

L'enjeu que représente l'utilisation à bon escient des outils du maintien dans l'emploi est double :

²⁴ D'autant plus qu'il convient de prendre en compte l'évolution de la charge en soins et de la technicité des postes. On peut citer à cet égard l'exemple des services de gériatrie, où certaines aides techniques (exemple des rails aux plafonds) ont considérablement amélioré les conditions physiques d'exercice pour les agents.

- parvenir à faire coïncider au bon moment l'affectation et la situation statutaire : les délais tirés des procédures de reconnaissance de maladie professionnelle, les avis de la médecine statutaire – nous avons déjà vu les difficultés de la relation avec le comité médical départemental -, la gestion des droits (le mi temps thérapeutique, le temps partiel...) sont autant de difficultés supplémentaires qu'il convient de dépasser,
- envisager le fait que la reprise n'est pas qu'une décision d'affectation, et gérer le fait que beaucoup d'autres éléments y concourent : la reprise de contact avec une équipe, la possibilité d'une formation, un entretien avec l'encadrement, un aménagement physique du lieu de travail...

Si bien que, de l'aménagement lui-même, à son suivi et jusqu'à son évaluation, il ne se passe que peu de temps. C'est même peut être dans les premiers temps que les mécanismes de veille doivent atteindre leur niveau maximum. Cette période est d'autant plus délicate que la reprise elle-même n'a plus de lien direct avec la commission des postes aménagés. Et d'autres directions, qui ne sont pas nécessairement sensibilisées à cette question, sont également parties prenantes²⁵.

Or, on constate trop souvent que l'affectation marque le point d'arrêt du suivi des agents (sauf complète reconversion). Le suivi individuel des dossiers n'est pas construit selon une méthode précise et des échéances à respecter, et le processus global de maintien dans l'emploi ne donne pas lieu à une véritable évaluation qui permet de répondre aux questions suivantes : Qu'est ce qu'un maintien traité ? Qu'est ce qu'un maintien réussi ? Qu'est ce qu'un échec, et pourquoi ?

C) Des questions récurrentes posées par le fonctionnement de la commission du GHS

Au GHS, on ne peut que se féliciter du bon niveau de coopération entre la médecine du travail et la direction du personnel (notamment par le biais du binôme directeur du personnel / attaché d'administration au recrutement). La qualité de leurs échanges et le haut niveau de confiance réciproque permettent un langage commun et facilitent la prise de décision.

Cependant, plusieurs points de faiblesse peuvent être soulignés. D'une part, l'encadrement de proximité est relativement écarté des circuits de décision. On comprend ce point de vue pour se prémunir d'une gestion trop affective des dossiers. Néanmoins, cela introduit parfois, semble-t-il, un regain de méfiance. A cela s'ajoute le fonctionnement irrégulier de la commission (une fois par an en moyenne), le secret des délibérés, la prise tardive de décisions... si bien que l'on ne sait plus toujours qui bénéficie de quel traitement, et quand.

²⁵ Par exemple lors de l'affectation des agents dans des services logistiques ou techniques.

En termes d'outils de suivi, la direction du personnel fait un tableau synthétisant les échanges à la suite d'une commission²⁶, mais ce tableau ne donne pas une vision globale de l'ensemble des postes aménagés sur l'établissement. Quant au bilan de la médecine du travail, il se concentre essentiellement sur le nombre de solutions adoptées, sachant que le taux de satisfaction est apprécié seulement à la présence ou non d'une décision d'affectation survenue dans l'année, écartant l'analyse qualitative des suites de l'aménagement.

Il semble que la direction du personnel pourrait se doter à ce sujet d'outils plus complets, faisant état du délai écoulé entre la première évocation d'un cas et la décision d'affectation, des moyens engagés pour cette réussite et surtout, intégrant une évaluation qualitative de l'affectation arrêtée.

L'enjeu de l'évaluation a posteriori de la décision d'aménagement de poste me semble incontournable pour mener une politique de maintien dans l'emploi efficace. Elle est néanmoins délicate à mettre en œuvre, dans la mesure où elle conduit de nouveau, d'une part, à la question de la dimension contractuelle d'un aménagement et d'autre part, à l'engagement de l'encadrement sur cette question.

La contractualisation, comme principe de gestion du maintien dans l'emploi, a été abandonnée en 2003 à la suite des échanges organisés sur ce thème, en rejetant le présupposé qu'un aménagement pourrait être considéré comme un bénéfice temporaire.

Plusieurs raisons ont justifié cette position :

- sur le plan social, il n'y a pas de terme connu qui puisse préjuger d'une amélioration de la situation personnelle de l'agent
- sur le plan médical, dans les cas graves, il n'y a aucune perspective d'amélioration à terme qui puisse justifier une décision de « fin d'aménagement »
- la question de l'échéance raisonnable est absolument impossible à résoudre
- dans le cas d'un aménagement considéré comme réussi (avec une pleine intégration de l'agent dans un nouveau collectif de travail et un épanouissement dans de nouvelles fonctions), comment justifier auprès d'une équipe et de l'agent lui-même un système de roulement ?

En revanche, il ne faudrait pas écarter trop vite une des questions essentielles du maintien de l'emploi tel qu'il s'organise aujourd'hui : comment veiller à l'équité entre les agents et ne pas donner une « prime à l'ancienneté » de l'aménagement, dans un contexte où le nombre de postes dits allégés est restreint ?

Les circuits du maintien dans l'emploi reposent de fait sur un principe de solidarité sociale, au sein d'un établissement, qui veut que l'on réserve aux agents en difficulté les postes où ils

²⁶ Annexe 7 – Bilan de la commission des postes aménagés au GHS

sont plus facilement en mesure de concilier leur handicap avec les tâches à réaliser, sans trop peser sur le collectif de travail (c'est-à-dire, dans l'idéal en remplissant pleinement le poste adapté à leur état). Une dérive possible serait bien évidemment de contredire cette position de principe en n'assurant aucun suivi de l'évolution des situations individuelles. Alors, si la contractualisation en tant que « contrat à terme » est réfutable, le principe même d'un engagement moral, passé entre l'employeur et l'agent ne semble pas dénué de sens.

On peut envisager qu'un agent dont le poste a été aménagé s'engage à organiser lui-même en partie les conditions d'une mobilité ultérieure : soit parce que sa situation pourrait s'améliorer, soit parce que son déroulement de carrière pourrait le mener à d'autres fonctions. Défendre cette idée revient à instaurer un dispositif de veille pour qu'il n'y ait pas de « droit acquis à conserver à l'identique un poste aménagé ».

Cependant, les entretiens réalisés avec les professionnels du GHS m'ont amenée à penser que ce principe est extrêmement difficile à mettre en oeuvre, sous peine de susciter de fortes tensions avec les soignants, les représentants du personnel et les équipes médicales. D'autant plus que l'affectation d'agents sur ce type de postes subit la concurrence d'autres motifs auxquels les HCL sont tout aussi vigilants. Il en est ainsi par exemple des affectations réalisées au titre de l'accompagnement social, qui représentent un volume important étant donnée l'ampleur des restructurations actuelles²⁷ au sein des HCL. En effet, les transferts de personnels induits par ces réorganisations d'activités médicales sont toujours réalisés selon le principe du respect du souhait géographique de l'agent et de la non remise en cause des situations acquises (notamment sur les postes à horaires fixes ou repos hebdomadaires le week-end).

Malgré cela, du point de vue des règles de gestion, il y aurait de nombreux avantages à mettre en place un dispositif plus rigoureux avec des évaluations régulières (fréquentes au début, plus espacées par la suite) des agents ayant fait l'objet d'un aménagement de poste. Cela aurait pour conséquence de renouer sur cette question avec l'encadrement supérieur, ce qui trouverait d'ailleurs un sens particulièrement intéressant dans le contexte actuel des pôles d'activité.

- D) Le contexte des Pôles d'Activités Médicales : des évolutions à prendre en compte absolument sur le Groupement Hospitalier Sud

Les groupements des HCL sont organisés, selon les principes de la nouvelle gouvernance, en pôles d'activité. Les règles de regroupement des UF, services ou départements en 24

²⁷ Dans le cadre du projet d'établissement, de nombreuses restructurations d'activités médicales ont eu lieu et sont encore actuellement en cours, selon le principe du regroupement de disciplines sur certains sites.

Pôles d'Activités Médicales (PAM) ont suivi une triple exigence : cohérence autour d'un projet médical, recherche de la taille critique pour assurer au mieux la délégation de gestion, cohérence géographique. Par conséquent, les PAM peuvent être transversaux, présents sur un seul site ou répétés sur plusieurs groupements.

Le GHS accueille les PAM suivants : médecine, chirurgie, urgences, rééducation et réadaptation fonctionnelle (à Henry Gabrielle) et services rattachés aux PAM de gériatrie, d'imagerie, de biologie et PAM santé, risques, vigilances. A leur tête, un triumvirat composé d'un médecin, d'un cadre supérieur de santé et d'un attaché d'administration.

Cette nouvelle configuration n'est pas sans conséquence sur les processus de maintien dans l'emploi au regard du périmètre de la délégation de gestion en matière de ressources humaines :

- en matière de recrutement, l'évaluation des besoins est dorénavant effectuée au niveau du pôle. Ces besoins s'expriment dans le cadre des règles édictées par les HCL (par exemple, recrutement des infirmiers centralisé par la DPAS).
- en ce qui concerne les effectifs permanents, leur gestion est déléguée aux pôles avec notification du niveau de consommation autorisé. La gestion des mensualités de remplacement relève également des pôles, de même que la gestion des absences et des congés.

La direction des soins infirmiers et la direction du personnel assurent dans ce cadre un contrôle de régularité, centralisent les éléments d'information et organisent les moyens de la régulation inter- PAM, notamment dans le domaine du maintien dans l'emploi.

En effet, les règles de la délégation affirment les principes suivants : *« les réintégrations statutaires et obligatoires font l'objet d'une procédure spécifique aux emplois déclarés vacants, impliquant toutefois le pôle. Le contrôle effectué par la Direction du personnel du groupement ne porte pas sur l'opportunité du recrutement (...) mais sur l'utilisation éventuelle du poste proposé pour d'autres fins : reclassement d'agents, accompagnement social des opérations de restructuration... »*

Par conséquent, l'étendue de la délégation tient compte des régulations d'établissement nécessaires pour des décisions de nature médico-sociale. Les changements d'affectation se règlent principalement à l'intérieur du pôle, mais le principe de solidarité fonctionne à l'intérieur de l'établissement quand il n'y a pas de solution identifiée au sein du pôle. Le directeur du personnel du GHS a qualifié cet espace de gestion de « domaine de compétence partagée » et ce fonctionnement est jugé tout à fait satisfaisant tant par les

services de la direction du personnel (qui souligne même une responsabilisation accrue de l'encadrement) que par les pôles d'activité.

A ce sujet, il n'est pas inutile de rappeler que tous les CHU n'ont pas suivi la même orientation. Certains établissements ont intégralement modifié le fonctionnement de leurs processus de maintien dans l'emploi depuis l'introduction des pôles d'activité. Concrètement, la commission des postes aménagés s'est scindée en « commissions locales » selon le principe d'une commission par pôle. Une « prime à l'aménagement » a en outre été instaurée, variable en fonction du degré de handicap et versée à partir d'une enveloppe budgétaire réservée à cet effet. Ce genre d'orientation présente un risque majeur sur le plan de la garantie des principes de la solidarité collective, mais il demeure défendu par les tenants d'une logique de délégation intégrale, incluant l'idée un « impôt handicap » comme mode de résolution des éventuelles difficultés de la solidarité inter- pôles.

Dans ce contexte, il convient néanmoins de prendre la mesure des incidences des pôles d'activité sur les processus de gestion à caractère social, en se posant la question de l'organisation de la contribution à l'effort collectif.

Au titre des propositions qu'il m'est dorénavant permis de proposer pour les HCL dans l'application des dispositions de la loi handicap, le point central de ces préconisations pour le GHS est incontestablement le travail à poursuivre avec les pôles d'activité sur cette question, en responsabilisant davantage leurs représentants et en se donnant les moyens d'un suivi effectif des agents concernés.

3 La nécessité de mettre en œuvre une politique d'ensemble intégrant la question de l'emploi de personnes handicapées

A la lumière de l'analyse qui a été faite, tant des questions posées par l'obligation d'emploi elle-même, que de ses problématiques de gestion, plusieurs axes de propositions peuvent être développés, à la fois en direction du GHS, mais aussi des HCL dans leur ensemble.

3.1 Propositions pour le Groupement Hospitalier Sud : se saisir de l'occasion d'une politique sociale renouvelée

Nous avons vu précédemment les mécanismes selon lesquels l'organisation de l'hôpital en pôles d'activité a résolu la question du maintien dans l'emploi (limites du périmètre de la délégation et préservation de la solidarité d'établissement). Dans ce contexte, la période actuelle – de stabilisation d'équilibres nouveaux – est propice à l'introduction de changements dans les pratiques et à la formulation de propositions d'action.

3.1.1 Approfondir un travail avec les pôles d'activité dans les domaines de « gestion partagée » : la rénovation des réunions de balance et l'introduction d'outils de suivi spécifiques

Dans la pratique courante, la réunion dite « de balance » assure la garantie des principes de gestion précédemment développés : chaque vendredi matin, les cadres supérieurs (de pôle et hors pôles) sont réunis autour de l'attachée d'administration de la cellule recrutement pour enregistrer les mouvements de personnels et ainsi suivre de près les affectations, prendre acte des postes vacants ou remplacements à prévoir et agir de façon coordonnée sur la structure des effectifs (éventuellement en évoquant la question de l'opportunité des remplacements).

Avant la mise en place des pôles d'activité, cette réunion était incontournable pour les cadres supérieurs de secteur qui apprenaient à cette occasion les décisions prises en matière d'affectation de personnel.

Dorénavant, puisque la compétence d'affectation a été déléguée aux pôles, la réunion de balance est appelée « réunion de régulation inter- PAM pour le recrutement interne et externe ».

Son objectif est de permettre de faire vivre les principes de la compétence partagée :

- chaque PAM fait part de ses besoins de recrutement et de ses décisions de suivi de candidatures ou dates d'effet des mouvements souhaités à la direction des soins qui fait suivre ces informations à la direction du personnel pour mise à jour des tableaux de balance (tableaux de synthèse),
- la direction du personnel et la direction des soins font valoir les situations individuelles devant être traitées dans le cadre de recrutements spécifiques, de démarches d'accompagnement social ou de réintégration d'agents.

Cette réunion joue donc en théorie un rôle majeur dans les processus de maintien dans l'emploi. Elle fait pourtant l'objet d'une désaffection croissante de la part des cadres supérieurs et le principe même de son maintien est sujet à réflexion.

L'organisation d'un temps d'échange me paraît néanmoins tout à fait essentiel à la préservation des mécanismes de solidarité collective. Cependant, il convient d'envisager les moyens de prévenir à terme la transformation de cette réunion en simple chambre d'enregistrement.

Il est possible dans ce cadre d'imaginer une rencontre peut être moins fréquente mais organisée autour d'un ordre du jour plus structuré. Nombreuses sont les thématiques de gestion qui pourraient faire l'objet de discussions au fond entre la direction du personnel, la direction des soins et l'encadrement supérieur. Les domaines de compétence partagée trouveraient ici une occasion d'échanges constructifs autour de situations concrètes ou de projets d'amélioration. Les circuits de maintien dans l'emploi, leurs forces et leurs faiblesses, pourraient dans ce cadre être utilement revisités à travers plusieurs thèmes :

- les relations avec les acteurs indépendants tels que la médecine du travail ou la médecine agréée : rappel de leurs missions, de leur positionnement, perspectives pour une meilleure compréhension des objectifs de chacun. Ayant constaté la rareté des rencontres directes entre l'encadrement supérieur et ces services, il semblerait tout à fait utile de provoquer plus souvent des occasions d'échange,
- la détection des situations précoces : travail à partir d'indicateurs d'absentéisme, analyse des évaluations annuelles, repérage des demandes de mutation répétées ou passages en horaires spécifiques (nuit, horaires de semaine...),
- l'amélioration des outils de suivi au moment des reprises pour éviter les processus de déqualification des agents.

Je souhaite reprendre dans le cadre de ce travail une proposition qui m'a été faite à l'occasion d'un entretien, portant sur l'introduction d'un outil de suivi spécifique pour les agents reprenant sur temps partiel thérapeutique.

Il s'agit certes d'une procédure concernant un très faible nombre d'agents (132 demandes à l'échelle des HCL en 2006 incluant les demandes initiales et les prolongations). Cependant, les décrets d'application du « protocole Jacob » (loi de modernisation de la fonction publique du 2 février 2007) ont récemment modifié ses conditions de mise en œuvre, ce qui offre l'occasion d'analyser ses effets²⁸.

En transformant le mi-temps thérapeutique en temps partiel thérapeutique et en accordant la possibilité d'y avoir recours pour les agents en congé maladie ordinaire depuis plus de six mois au titre de la même affection, la loi de modernisation sociale suscite des avis partagés au sujet des incidences prévisibles de ces mesures.

Pour les uns, cette nouvelle ouverture d'application pourrait s'avérer très coûteuse pour les établissements, du fait de l'évolution des profils de morbidité liés au déséquilibre de la pyramide des âges, tout particulièrement pour des corps comme celui des aides-soignants, exposés à des pathologies ne relevant pas le plus souvent d'une maladie professionnelle et qui ne bénéficiaient donc pas du mi-temps thérapeutique.

Pour d'autres, cette mesure est au contraire de nature à rééquilibrer considérablement certaines procédures statutaires de maintien dans l'emploi au profit des employeurs et au bénéfice des agents. En effet, l'une des dérives théoriques dans l'attribution des congés statutaires était d'octroyer des congés longue maladie à des agents souffrant d'affection non citée dans la liste prévue à cet effet mais réunissant les trois conditions pour l'ouverture, à savoir « maladie mettant l'intéressé dans l'impossibilité d'exercer ses fonctions (1), rendant nécessaire un traitement et des soins prolongés (2) et présentant un caractère invalidant et de gravité confirmée (3) ». Ce pouvait être le cas d'affections telles que des lombalgies ou lombo- sciatiques sans déficit neurologique.

Dorénavant, on peut penser que l'on envisagera plus sérieusement pour ces agents des conditions de reprise aménagées (avec l'avantage de pouvoir moduler les quotités de temps de travail) plutôt que de recourir à d'autres dispositions statutaires (longue maladie, disponibilité).

Les établissements de santé ont tout intérêt à se préparer à devoir tenir compte de cette évolution dans l'analyse qu'ils feront des chiffres de l'absentéisme, cette nouvelle disposition étant en mesure de faire baisser le nombre de CLM.

²⁸ Annexe 2 : Pour comprendre précisément les modifications nées de la loi de modernisation de la fonction publique, se reporter à l'Annexe 3 : Définitions juridiques (voir « temps partiel thérapeutique »)

En outre, si le recours au temps partiel thérapeutique venait à se multiplier, avec des décisions successives de modulation de la quotité de temps de travail, tout laisse à penser qu'il y aurait effectivement un intérêt réel pour l'employeur à construire un outil de suivi spécifique qui permettrait de formaliser un accompagnement.

Cette démarche pourrait alors utilement reposer sur un « contrat d'objectifs » passé entre l'encadrement et l'agent, qui donnerait lieu, à échéances régulières (fréquentes au début, plus espacées au cours du temps), à des discussions d'étapes. Bien entendu, il ne s'agirait pas de traiter dans ce cadre de questions d'ordre médical (la compétence restant exclusivement accordée en ce domaine aux services de médecine du travail et de médecine statutaire) mais d'envisager d'évaluer les conditions de la reprise sur le plan professionnel.

Jusqu'en février, la formule unique de mi-temps thérapeutique rendait l'organisation de la reprise très difficile pour l'encadrement, les 3h30 journaliers obligeant très souvent les agents à reprendre en sureffectifs, sans qu'un suivi soit précisément réalisé à ce sujet. Une fiche de synthèse suivie par l'encadrement pourrait dans ce nouveau contexte contenir utilement des éléments tels que la capacité à retrouver des contraintes horaires de travail, la réussite ou non de la réintégration au sein du collectif de travail, l'investissement personnel au travail, le type de poste (poste doublé / poste en sureffectif)...

La qualité des remarques et propositions qui m'ont été faites au cours des entretiens, ainsi que les réelles difficultés exprimées par l'encadrement pour faire vivre au mieux les principes théoriques du maintien dans l'emploi confortent à mon sens l'intérêt de structures d'échange renouvelées au cours desquelles ce type de préoccupations pourrait être discuté.

3.1.2 Elargir la commission des postes aménagés aux cadres supérieurs de pôle

Afin de compléter ce qui a d'ores et déjà été longuement développé au sujet des espaces de « compétence partagée », susceptibles d'être investis comme espaces d'échange et de travail en commun, il convient à ce stade de proposer un élargissement de la commission des postes aménagés.

En effet, si l'objet de cette dernière relève justement d'un domaine de compétence mixte, il apparaît incontournable de compter à l'avenir l'encadrement de pôle parmi ses participants. Cette évolution présenterait de multiples avantages :

- un gain incontestable en terme de lisibilité et de transparence

- une coopération renouvelée entre la médecine du travail et l'encadrement supérieur puisqu'à l'heure actuelle le travail en commun n'est réellement perceptible qu'avec la direction du personnel
- une meilleure articulation avec l'encadrement de proximité dans la mesure où la relative exclusion de l'encadrement supérieur à ce processus de gestion induit un décalage entre d'un côté l'impression d'une décision de direction imposée (« on nous affecte cet agent en situation de reprise ») et de l'autre le sentiment d'une coopération limitée dans le champ de la solidarité.

En outre, cette reconfiguration semble pouvoir introduire de nouvelles perspectives de travail en matière de détection des situations précoces mais aussi de suivi ultérieur des décisions d'affectation.

En effet, on ne peut que difficilement concevoir le maintien d'une commission en l'état, dont les principes contredisent ceux, récemment hérités, de la nouvelle gouvernance. Il serait à terme paradoxal de défendre le principe d'une solidarité d'établissement en ne garantissant pas, en retour, les conditions de la transparence. Il est à noter également que le principe d'une commission des postes aménagés « élargie », c'est-à-dire ouverte à l'encadrement supérieur des pôles s'avérerait être en totale adéquation avec les principes nés des conclusions des groupes de veille médico sociale organisés aux HCL dans le cadre de l'application de la loi du 11 février 2005.

On ne peut que se réjouir, par conséquent, des possibilités d'évolution offertes par l'application de la loi « handicap » dans les établissements de santé. Bien qu'au GHS, la situation réellement constatée ne fasse pas état d'un écart significatif entre les principes de gestion du maintien dans l'emploi et son application concrète, il est utile de constater que le contexte récent de l'organisation en pôles d'activité ouvre de nouvelles perspectives d'évolution.

Il n'en demeure pas moins que si de réels changements devaient se produire en matière de politique d'emploi et d'accompagnement des personnels handicapés aux Hospices Civils de Lyon, c'est à l'échelle de l'institution entière qu'il conviendrait de les concevoir et de les favoriser.

3.2 Propositions pour les HCL : la recherche d'une plus grande cohérence institutionnelle

Les HCL, qui ont pris conscience du réel enjeu de la loi du 11 février 2005, sont actuellement en passe de structurer une démarche d'ensemble sur la question du handicap. Si l'urgence du premier recensement a conduit cette institution à adopter dans un premier temps une démarche exclusivement pragmatique, une réflexion plus transversale est sur le point de se développer. Des propositions peuvent être formulées dans ce sens, en encourageant cette démarche à gagner en cohérence d'ensemble.

3.2.1 Une réflexion à inscrire dans le cadre de la thématique plus générale de la santé au travail

La question de l'impact de la loi de février 2005 peut permettre de renforcer certains liens entre les problématiques du maintien dans l'emploi et celles liées à la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC) ou aux actions conduites en matière de prévention. En effet, organiser la cohérence d'une telle démarche serait une façon de répondre à la question initiale de l'intérêt qu'il peut y avoir, pour un employeur et une institution à favoriser l'emploi – et son maintien – des personnels en situation de handicap.

A) Intégrer les données du handicap à une analyse de GPEC

Les HCL disposent d'une très forte capacité d'expertise et sont d'ores et déjà en mesure de proposer des études approfondies sur les évolutions prévisibles des différentes filières professionnelles, en fonction de leur catégorie d'âge mais aussi de leurs qualifications. Depuis plusieurs années, en anticipation du vieillissement des professionnels et des départs en retraite annoncés, des tableaux de bord par spécialité font l'objet de suivi dans le cadre d'une périodicité définie. La mise en place d'une politique de recrutement centralisée pour l'ensemble des infirmiers, ainsi qu'un important dispositif de promotion professionnelle contribuent largement à la prise en charge de cette question.

Etendre l'impact de la loi du 11 février 2005 au domaine de la GPEC permettrait d'inclure dans ces analyses existantes des paramètres nouveaux et des données nouvelles, en tirant profit du recensement.

Il apparaît relativement aisé d'entrevoir ce qu'une institution comme les HCL peut espérer attendre, en termes de bénéfices, d'une meilleure prise en charge d'une population vieillissante et de la lutte contre les phénomènes de déqualification professionnelle.

Dans le domaine de la santé au travail, l'exemple désormais classique des troubles musculo-squelettiques (TMS) n'en demeure pas moins saisissant : principal problème déclaré en France par le personnel soignant (prévalence de 56,4%), le nombre de cas de TMS reconnu en maladie professionnelle au CHLS a atteint en 10 ans (de 1995 à 2005) le chiffre de 35, soit 39% de l'ensemble des maladies professionnelles déclarées ces dix dernières années pour l'établissement. L'âge moyen des personnes concernées est de 47 ans, 86% d'entre elles sont des femmes, souvent issues des secteurs logistique (17) ou soignants (7)²⁹.

Pour une grande partie de ces professionnels, dont certains gestes précis sont devenus strictement impossibles, il y a semble-t-il une réflexion d'ensemble à mener sur les parcours professionnels et les conditions d'une réintégration réussie. Cette réflexion s'inscrit bien entendu dans l'esprit des nombreux travaux qui ont été menés en France, notamment par les réseaux scientifiques de médecine et santé au travail, mais aussi depuis la création de l'observatoire national des métiers de la fonction publique hospitalière et l'apparition des démarches dites « métier/ compétences ».

Il n'y a nul doute qu'il existe, aux HCL – eu égard à la taille de l'établissement, à ses opérations de restructuration et à sa capacité d'expertise – les éléments réunis pour mener une réflexion ambitieuse sur l'évolution de certains métiers et l'organisation de l'activité en adéquation avec les difficultés structurelles rencontrées par les professionnels hospitaliers.

- B) Mettre en évidence les liens existant entre maintien dans l'emploi et prévention des risques professionnels ou amélioration des conditions de travail

Si un lien doit être clairement affirmé avec les études prospectives de GPEC que mènent les HCL, une seconde articulation, en amont, se dessine dans le champ de la prévention.

Sur ce volet précisément, les HCL témoignent d'un engagement exemplaire, tant au niveau institutionnel que sur les groupements hospitaliers (où l'implication des conseillers conditions de travail joue en la matière un rôle déterminant).

En effet, depuis plusieurs années, avec la mise en place du document unique dans le cadre du Programme Annuel de Prévention des Risques Professionnels et d'Amélioration des Conditions de Travail (PAPRIACT), tant la DPAS, les directions de groupement que les directions de personnel se sont saisies de ce thème qui fait l'objet d'un suivi attentif.

Depuis quelques mois, suite au protocole d'accord signé entre le gouvernement et cinq organisations syndicales (CFDT, FO, UNSA, CFTC, CGE- CGC), une nouvelle concertation

²⁹ Source : Service de médecine préventive, GHS

est organisée au sein des HCL en vue de la constitution de dossiers éligibles au titre des nouveaux Contrats d'Amélioration des Conditions de Travail (CLACT).

Là encore, une réflexion d'ensemble permettrait de structurer les liens entre la dimension préventive de l'amélioration des conditions de travail et les actions menées en réparation, dans le cadre d'une politique d'accompagnement des personnels handicapés, dans l'aménagement des espaces, des organisations et des conditions de travail.

3.2.2 Une meilleure prise en compte du volet économique de la loi du 11 février 2005

La loi du 11 février 2005 permet aux employeurs publics de confier à leur direction de services économiques des projets de dépenses élevées en faveur des personnes handicapées.

D'une part, il existe plusieurs mécanismes d'atténuation du montant de la pénalité financière dont sont redevables les établissements n'atteignant pas le taux de 6% d'emploi de personnels handicapés. D'autre part, les fonds collectés au titre de cette sanction, gérés par le Fonds d'Insertion pour les Personnes Handicapées dans la Fonction Publique (FIPHFP), peuvent être intégralement reversés aux employeurs par le biais du financement des actions conduites en faveur des personnes handicapées.

Ces possibilités offertes aux établissements de santé représentent un levier d'action qu'il conviendrait de mieux exploiter.

- A) Y a-t-il une opportunité à passer des contrats de fournitures et de services avec les établissements de travail protégé ?

La loi prévoit quatre types de dépenses qui peuvent s'inscrire comme « unités déductibles » du calcul de la contribution annuelle. Ce sont :

- les contrats de fournitures ou de services passés avec un établissement de travail protégé
- les dépenses liées à l'insertion professionnelle des personnes handicapées
- les dépenses pour accueillir ou maintenir dans l'emploi des personnes lourdement handicapées
- les dépenses effectuées pour l'aménagement de postes de travail d'agents reconnus inaptes à l'exercice de leurs fonctions

Le nombre d'unités déductibles est plafonné à la moitié du nombre légal de bénéficiaires qui devraient être rémunérés par l'employeur. La conversion en unités déductibles s'effectue en rapportant la somme totale des dépenses au montant annuel de l'indice brut 244 (15 144, 26 euros au 31 décembre 2006).

Ce nombre d'unités déductibles est enfin soustrait au nombre d'unités manquantes.

Une première simulation théorique pour les HCL conduit au raisonnement suivant :

Effectif total : 17537 - soit 1052 agents théoriquement bénéficiaires de l'obligation d'emploi

Plafonds pour les unités déductibles : 526

Montant de la dépense maximum pouvant être déduite : $526 \times 15\,144,26 = 7\,967\,546$ euros

L'utilisation de ce levier pour résoudre certaines difficultés de mise en œuvre de la loi du 11 février 2005 semble donc potentiellement extrêmement intéressant pour les établissements de santé. Les HCL pourraient passer consacrer près de 8 millions d'euros de leur budget d'équipement à des dépenses s'inscrivant dans ce cadre.

Pourtant, les HCL n'ont pour l'instant pas utilisé ce moyen pour s'acquitter de leur devoir vis-à-vis des personnes handicapées. En 2006, la somme inscrite en déduction de la somme à verser s'est élevée à 3350 euros. Plusieurs raisons expliquent ce montant :

- le caractère relativement rare des dépenses effectuées pour des aménagements de poste ou pour accueillir une personne handicapée, auquel s'ajoute l'absence totale de lisibilité sur ces dépenses
- le très faible recours à des marchés de services/ de fournitures avec des entreprises adaptés et une fois encore, l'absence totale de suivi de ces dépenses³⁰.
- une véritable incertitude quant aux bénéfices financiers réels pour l'institution de ce genre d'opération.

En effet, la Direction des Affaires Economiques des HCL a procédé à une simulation d'achats de ce type. Plusieurs difficultés ont d'ores et déjà été soulignées, qui mettent en évidence les spécificités de ces marchés : catalogue restreint, conditions de livraison peu avantageuses pour les employeurs mais surtout différentiel de prix très élevé.

Un périmètre de 25 000 euros d'achat a été identifié, sachant que les mêmes produits auraient coûté 10 000 euros environ en passant par les prestataires habituels de l'institution.

Le calcul se fait alors de la façon suivante :

$25\,000 / 15\,144,26 = 1,6$ unités déductibles environ

³⁰ Au GHS, les données extraites par les agents de la Direction des Services Economiques font état d'environ 1000 euros dépensés par an à pour des produits réalisés par des ESAT (fournitures de papeterie, balais...).

Le « coût » d'une unité manquante étant de 4000 euros environ, le gain serait donc de 6400 euros, ce qui ne compense pas la perte de 15 000 euros identifiée en passant par des ESAT.

Il semble par conséquent qu'il faudrait envisager des marchés de plus grande ampleur pour réaliser des économies plus significatives ou analyser plus en détails les prestations proposées par les ESAT de la région. Ces marchés ne sont pas identifiés pour l'instant aux HCL et il ne semble pas y avoir à ce stade de réelle opportunité à le faire.

B) Favoriser les aménagements pris en charge par le FIPHFP

Le FIPHFP, établissement public sous tutelle de la Caisse des Dépôts et Consignations, a été mis en œuvre au 1^{er} janvier 2006. Chargé de la collecte au niveau national des contributions annuelles versées par les employeurs publics n'atteignant pas le taux de 6% d'emploi, il a également vocation à financer les actions menées par ces mêmes employeurs en faveur des personnels handicapés (dans le respect des enveloppes correspondant aux contributions respectives de chacune des trois fonctions publiques).

Les règles fixées pour l'utilisation de ce fonds sont en outre tout à fait favorables aux employeurs publics, dans la mesure où seules trois conditions doivent être respectées :

- être un employeur public au sens de la loi
- proposer une action qui concerne un bénéficiaire éligible (c'est-à-dire une personne recensée ou recensable dans le cadre de la déclaration annuelle)
- présenter une action dont l'objet est éligible au financement. La liste des actions est fixée par le fonds lui-même et peut faire l'objet d'évolutions. Actuellement, elle comprend les aides techniques pour l'adaptation de postes de travail (fauteuils, équipements, études...), la rémunération d'agents chargés d'accompagner une personne handicapée dans l'exercice de ses fonctions, l'achat de prothèses auditives, de fauteuil roulants, le remboursement de trajets domicile – lieu de travail ou encore les coûts liés à des actions de formation des personnels handicapés ou d'information/ de sensibilisation des personnels

Une plateforme dématérialisée permet de bénéficier de ces financements au fil de l'eau.

Aux HCL, une note de la DPAS a été envoyée durant l'été 2007 aux directeurs de groupement pour annoncer la signature prochaine d'une convention triennale avec le FIPHFP. En vue de cette convention, les groupements hospitaliers ont été invités à établir un recensement par type d'actions des aménagements envisagés dans ce cadre, accompagné d'un budget prévisionnel pour la réalisation de ces actions.

La coordination de ce travail m'a été confiée pour le Groupement Sud, au titre de mon investissement sur cette thématique. A l'heure actuelle, des groupes de travail réunissant la médecine du travail, des représentants de la direction des soins, de la direction des services économiques et des conseillers aux conditions de travail ont permis d'identifier un certain nombre d'actions pouvant figurer au titre de cette convention.

Ce travail est actuellement en cours de finalisation. Au-delà des avantages prévisibles de ces aménagements pour les personnels concernés, il contribue utilement à une nouvelle sensibilisation des professionnels sur ce thème.

3.2.3 Une plus grande lisibilité de la politique d'accompagnement des personnes en situation de handicap

Que ce soit par le biais des dépenses d'aménagement de postes de travail, ou par tout autre moyen, la méconnaissance fréquente des professionnels hospitaliers de la loi du 11 février 2005 et de ses incidences incite à penser que les HCL auraient beaucoup à gagner d'une meilleure lisibilité sur cette thématique. On peut en effet penser que par effet d'entraînement, cela permettrait à la fois de lever certaines méfiances (et contribuerait peut être à réduire le phénomène de sous déclaration supposé) mais aussi d'utiliser de façon plus efficace et coordonnée les différents moyens d'action permis par la loi du 11 février 2005.

- A) Intégrer les effets de la loi handicap dans le prochain projet social et dans les bilans sociaux annuels des groupements

Le projet d'établissement des HCL a été réalisé pour la période 2005-2010. Il propose, au titre de ses grandes orientations, l'accompagnement systématique des personnels concernés par les opérations de restructuration selon les principes de la « charte d'accompagnement social », la valorisation du présentisme et la réduction de l'absentéisme, le développement d'actions de prévention des situations de violence et la poursuite de la recherche des meilleures conditions d'organisation et de réduction du temps de travail.

Le prochain projet social pourrait être l'occasion d'inscrire durablement un engagement institutionnel des HCL en faveur d'une politique de soutien des personnels en situation de handicap (construction de projet professionnel, adaptation de poste, prévention, formation, suivi et accompagnement, sensibilisation des personnels).

Quant au bilan social, il est réalisé annuellement dans le respect des dispositions réglementaires l'organisant. Chaque groupement présente son bilan social aux instances (il y a dans chaque groupement un CHSCT). L'ensemble des bilans sociaux consolidés constitue le bilan social des HCL. Sa périodicité annuelle permettrait d'envisager à plus court terme un engagement institutionnel sur cette question, relayé par les directeurs du personnel de groupement.

- B) Formaliser un engagement institutionnel par un protocole d'accord ou une charte de fonctionnement

Sur le modèle de la charte d'accompagnement social négociée plus conclue localement aux HCL, un protocole d'accord pourrait voir le jour sur le thème du handicap. Une telle démarche permettrait d'inscrire durablement un engagement institutionnel fort. D'autres grands centres hospitaliers sont d'ores et déjà fortement impliqués dans cette question, parfois depuis plusieurs années :

- à Nancy, dont le projet social consacre un chapitre sur le thème de l' « optimisation de l'emploi des agents en difficulté pour raison de santé ou pour handicap » qui comporte un certain nombre d'engagements en faveur du respect des droits des agents et du développement de la recherche de postes adaptés ou aménagés
- surtout, à l'AP-HP, dont le « protocole en faveur de la prévention et de la prise en charge de l'inaptitude » constitue à ce jour l'exemple le plus abouti en matière de formalisation des procédures de maintien dans l'emploi : description du rôle de chacun et des niveaux d'intervention, véritable plan d'actions, formalisation des règles de fonctionnement de la Commission de Gestion Personnalisée des Agents (CGPA), rappel des outils de maintien dans l'emploi et garanties de suivis

Il pourrait s'organiser aux HCL une véritable concertation sur ce thème pour travailler à l'élaboration d'un protocole similaire. On peut néanmoins constater qu'une réflexion institutionnelle est en train de se construire puisqu'une conseillère conditions de travail a récemment été chargée de mission sur ce thème. La désignation d'une personne « référente pour la politique du handicap des HCL » constitue une initiative prometteuse et participe indéniablement à la construction d'une dynamique d'ensemble sur ce thème.

- C) Valoriser les expériences innovantes et développer les partenariats externes

En vue de la construction d'une politique institutionnelle cohérente et coordonnée, les HCL peuvent en préalable s'appuyer sur un certain nombre d'expériences originales conduites

depuis longtemps sur les groupements hospitaliers. Ces dernières sont rarement valorisées à l'échelle de l'institution. Elles témoignent néanmoins d'un dynamisme local sur certaines questions qui n'attendent que d'être coordonné au niveau central.

A titre d'exemple, le l'Hôpital Henry Gabrielle a une forte tradition de partenariat avec des kinésithérapeutes malvoyants. Cette expérience, qui a apporté depuis plusieurs années toutes garanties quant à sa réussite, pourrait être utilement valorisée au niveau des HCL. Un partenariat plus élaboré pourrait également être envisagé avec l'école des kinésithérapeutes malvoyants de l'agglomération lyonnaise (organisation de stages, préparation des conditions d'accueil...).

Enfin, de façon générale, nombreux sont les partenariats externes qui pourraient être envisagés sur ce thème, tant avec les acteurs associatifs que d'autres acteurs institutionnels. En effet, le monde associatif impliqué dans la question du handicap présente l'avantage d'être très structuré depuis de nombreuses années. Des partenariats organisant les conditions d'embauche et d'accompagnement pourraient être facilement conclus. D'autre part, depuis la loi du 11 février 2005 et la mise en œuvre des MDPH, on peut également penser que ce nouvel interlocuteur unique dans le département constitue un partenaire de choix pour l'orientation et l'aide à la mise en place d'actions en faveur des personnels handicapés.

Les missions attribuées à la référente handicap dans l'institution et son engagement sur cette thématique permettront probablement d'approfondir ce type de propositions.

Conclusion

Le 3 juillet 2007, au cours d'une séance extraordinaire du Sénat, le sénateur Paul Blanc a présenté un rapport au nom de la commission des affaires sociales portant sur « l'application de la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées ». Ce rapport dresse un constat mitigé au sujet de la réforme de l'obligation d'emploi dans la fonction publique :

Le taux d'emploi constaté en 2006 s'élève à 3,69%³¹, soit un taux bien inférieur à celui revendiqué jusqu'ici par les employeurs publics (4,5%). A l'inverse, les recettes collectées par le FIPHFP sont très importantes, puisqu'elles se sont élevées à 52 millions d'euros pour ce premier exercice.

De plus, le fonctionnement du fonds lui-même est jugé très peu satisfaisant, avec une mise en œuvre retardée sur divers aspects (organisation de la gouvernance du fonds, logiciel budgétaire et comptable...), de nombreux dysfonctionnements (manque de locaux, de personnels, dysfonctionnements de la plateforme informatique) et très peu d'interventions financières recensées (onze dossiers liquidés seulement pour moins de 100 000 euros)

Le rapport préconise en conséquence le développement d'actions d'ampleur en matière de sensibilisation des employeurs publics sur ce thème ainsi qu'un renforcement des moyens de communication.

Ces éléments nationalement constatés apportent de quoi nuancer l'idée d'une mise en œuvre difficile de l'obligation d'emploi des personnes handicapées dans les établissements de santé. Force est de constater que le dispositif est encore en construction, que la démarche est donc nécessairement pragmatique et qu'on ne peut qu'envisager qu'elle gagne, à l'avenir, en cohérence et en lisibilité.

Toutefois, l'approche « technicienne » de cet enjeu n'est pas de celle qu'il convient de privilégier, comme il l'a été maintes fois souligné dans ce mémoire. Aux HCL, cette dimension est en passe de se structurer, avec un recensement qui ne cesse de s'affiner – et s'affinera d'autant plus précisément avec l'introduction d'une certaine mise en concurrence des groupements hospitaliers -, un taux d'emploi croissant et un contexte de mise en place des pôles d'activité favorable au renouvellement des processus de gestion.

Car c'est sur ce dernier point – la prise en charge du handicap comme problématique de gestion – que ce mémoire a souhaité concentré l'essentiel de sa démonstration, pour

³¹ 3,62% dans la Fonction Publique d'Etat (FPE), 3,77% dans la Fonction Publique Territoriale (FPT) et 3,76% dans la Fonction Publique Hospitalière (FPH)

répondre à la question initiale posée en introduction de l'intérêt, pour un employeur public, à organiser une réponse cohérente en matière d'emploi des personnes handicapées.

Ainsi s'est imposée la résolution préalable de la question posée par les caractéristiques du handicap hospitalier. A travers l'enjeu que représentent, dans cet environnement, les postes dits aménagés, de véritables problématiques de gestion sont apparues, rendues plus complexes encore par l'intrication de considérations sociales, statutaires, médicales et ayant une incidence directe sur le collectif de travail et son organisation.

Défendre alors une certaine conception des processus de maintien dans l'emploi, qui associe subtilement formalisation des procédures et souplesse de gestion, est déjà une façon de répondre favorablement et affirmer qu'il y a un intérêt, ni exclusivement social, ni strictement financier, à s'intéresser à la qualité de l'emploi des personnes handicapées. Car en tout état de cause, l'évolution actuelle et prévisible des professionnels de santé, tant sur le plan démographique que sous l'angle de la santé au travail, conduit inévitablement à ce que des moyens résolument fermes et ambitieux soient réservés à la lutte contre les phénomènes de déqualification professionnelle et l'isolement provoqué par un handicap non compensé.

Ce thème peut trouver à mon sens à s'inscrire durablement dans le cadre d'une politique de gestion des risques en milieu hospitalier. Et si les récentes versions des manuels de certification accordent dorénavant plus d'importance aux processus de gestion en ressources humaines et au mode de management qui s'y applique, il y a manifestement sur le thème du handicap un espace d'initiative privilégié pour introduire plus de dimension qualitative dans la prise en charge des agents et leur garantir ainsi les conditions d'une vie professionnelle prolongée.

Bibliographie

Ouvrages

Association Nationale pour la Formation du Personnel Hospitalier (ANFH), 2001, *Guide sur le handicap dans la fonction publique hospitalière*, Paris : ANFH, 80p.

DERENNE O., LAMY Y., 2007, *Les 12 points clés de la carrière du fonctionnaire hospitalier*, 9^{ème} édition, Rennes : éditions ENSP, 272p.

DERENNE O., LUCAS A., 2005, *Le fonctionnaire hospitalier, manuel de gestion des ressources humaines dans la fonction publique hospitalière*, Rennes : éditions ENSP, 765p.

GROUPE DE REFLEXION SUR LE MAINTIEN DANS L'EMPLOI, 2000, *Le maintien dans l'emploi en questions*, Rennes : éditions ENSP, 205 p.

MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PROTECTION SOCIALE, 2004, *Répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière*, Rennes : éditions ENSP, 435 p.

MOREAU M., ROSSIGNOL L., 2002, *Le salarié handicapé dans l'entreprise*, Guide France Info, Editions Jacob- Duvernet, 115p.

Mémoires

BIDEPLAN F., 2006, *Pour une gestion adaptée de l'inaptitude au Centre Hospitalier de Dax*, mémoire professionnel filière Directeur d'hôpital, ENSP, 92p.

DEFAIN P., 2005, *Améliorer la gestion des personnels soignants en difficulté*, mémoire professionnel – filière Directeur des soins, ENSP, 66p.

FRITSCH A., 2000, *Les postes aménagés à l'hôpital : recenser pour anticiper*, mémoire professionnel – filière Directeur d'hôpital, ENSP, 63p.

REMY P., 2004, *La gestion des postes aménagés à l'hôpital : pourquoi pas une plus-value pour l'institution ?*, mémoire professionnel – filière Directeur des soins, ENSP, 74p.

VILLAFRANCA V., 2006, *La prévention des risques professionnels à l'hôpital : pour une politique de promotion de la santé au travail*, mémoire universitaire – filière Directeur d'hôpital, 86 p.

Rapports – Etudes

BLANC P., juillet 2007, Rapport d'information du Sénat fait au nom de la Commission des Affaires Sociales sur l'application de la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, n°359, 95p., disponible sur : <http://www.senat.fr/noticerap/2006/r06-359-notice.html>

DIRECTION DE L'HOSPITALISATION ET DE L'ORGANISATION DES SOINS, mars 2007, « Etude prospective sur les métiers de demain », disponible sur : http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/prospective_metiers/accueil.htm

DIRECTION DE L'HOSPITALISATION ET DE L'ORGANISATION DES SOINS, 2000, « Emploi des personnes handicapées dans la fonction publique hospitalière », Résultats de l'enquête disponibles sur : http://www.sante.gouv.fr/html/dossiers/handi_fph/index.htm

DIRECTION GENERALE DE L'ADMINISTRATION ET DE LA FONCTION PUBLIQUE, décembre 2006, « L'insertion professionnelle des personnes handicapées dans la fonction publique ; cadre légal et éléments statistiques », 58 p., disponible sur : <http://www.fonction-publique.gouv.fr/article795.html>

BECHTEL J., DUEE M., avril 2006, « Le compte social du handicap de 2000 à 2004 », *DREES, Etudes et Résultats*, n°479, disponible sur : <http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/doc.htm>

LE LAN R., février 2005, « Les conditions de travail des professionnels des établissements de santé : une typologie selon les exigences, l'autonomie et l'environnement de travail », *DREES, Etudes et Résultats*, n° 373, disponible sur : <http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/doc.htm>

DREES, 2007 numéro hors- série, Dossier Solidarité et Santé, « Les conditions de travail dans les établissements de santé », disponible sur : <http://www.sante.gouv.fr/drees/dossier-solsa/doc.htm>

Articles de périodiques

ASKENAZY P., 16 octobre 2006, « Les français malades du travail ? », *Panorama du médecin*, n°5032, pp.34-36

BIGE V., DELPLANQUE R., MARCHAND A.C., août 2005, « Quelle qualité de vie au travail pour le personnel infirmier ? », *Soins Cadres*, n°55, pp. 29-32

BONIFASSI L., mars 2007, « Impact de la loi de modernisation de la fonction publique sur le titre IV, révolution ou simple évolution ? », *Gestions hospitalières*, pp.179-181

COURTEIX M-C., décembre 2004, « La place des personnes handicapées dans la société », *Actualité – Dossiers en Santé Publique*, n°49, pp. 44-57

DAVEZIES P., mai 2005, « Souffrance au travail, le risque organisationnel », mai 2005, *Soins Cadres*, n°54, pp.24-27

DAVEZIES P., FORISSIER M.F., VOLCKMANN C., septembre 2000, « Vieillesse du Personnel et prévention de l'usure au travail », *Tonic*, le journal des HCL, n°94, pp.18-19

DAVEZIES P., MERCEY R., SAURY A., et al., avril -mai 1991, « Prévenir les conséquences du vieillissement du personnel hospitalier ; un exemple : la prévention des lombalgies aux Hospices Civils de Lyon », *Informations hospitalières*, n°30-31, pp. 73-76

DIDIER- COUBERTIN P., GILBERT P., avril- juin 2005, « Eléments d'information sur la législation en faveur des personnes handicapées en France : de la loi de 1975 à celle de 2005 », *Revue française des Affaires sociales*, n°2, pp.209-225.

GUIMBAUD B., juillet-août 2000, « La gestion des risques à l'hôpital, bilan et perspectives », *Revue Hospitalière de France*, n°4, pp.51-56

JOURDAIN J-P., mai 2004, « Le fonctionnaire face à l'accident de service et au handicap dans la fonction publique d'Etat », *Les Cahiers de la Fonction Publique et de l'Administration*, n°234, pp.6-9.

MERTANI C., mars 1999, « L'emploi des travailleurs handicapés dans la fonction publique hospitalière », *Informations sur les ressources humaines à l'hôpital*, n°16, pp.17-21

ROMIEN P., avril- juin 2005, « A l'origine de la réinsertion professionnelle des personnes handicapées : la prise en charge des invalides de guerre », *Revue française des Affaires sociales*, n°2, pp. 229-245

SALON S., mai 2004, « Le recrutement des handicapés dans la fonction publique », *Les Cahiers de la Fonction Publique et de l'Administration*, n°234, pp.4-6.

Dossiers spécifiques

« Dossier juridique : la loi sur le handicap : tour d'horizon des principales dispositions de la loi du 11 février 2005 », 18 février 2005, *Travail Social Actualités (TSA) hebdo*, n°1008, pp.13-20

« La loi handicap à l'épreuve », novembre 2005, *Directions*, n°24, pp.22-29

« Les droits des personnes handicapées », septembre 2006, *Actualités Sociales Hebdo*, n°2470

« Mesures en faveur de l'emploi des personnes handicapées – loi pour l'égalité des droits et des chances des personnes handicapées », mardi 22 mars 2005, *Liaisons Sociales, quotidien législation sociale*, n°8573, pp.1-7

« Personnes âgées », mars 2001, *Gestions hospitalières*, n°404, pp.170-193

Documents de travail

ASSISTANCE PUBLIQUE – HOPITAUX DE PARIS, DIRECTION GENERALE, 1998, *Protocole d'accord entre la direction générale de l'AP- HP et les organisations syndicales en faveur de l'emploi des travailleurs handicapés*, Paris : AP- HP, 30p.

Association Nationale pour la Formation du Personnel Hospitalier (ANFH), 2005, « Rôle de la formation auprès des agents demandeurs de postes aménagés », Action de formation nationale ANFH

Information hospitalière

« Focus : Hôpital et handicaps », janvier 2006, *L'essentiel de l'hôpital* – (publication FHF en ligne)

Echange FHF – DHOS relative à l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés (courrier daté du 1^{er} septembre 2006). www.fhf.fr (« dossiers » - « ressources humaines » - rubrique « échanges avec le ministère »).

Législation

Loi n°75 – 534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées. Journal Officiel du 1^{er} juillet 1975, p.6596.

Loi n°857-517 du 10 juillet 1987 en faveur de l'emploi des personnes handicapées, Journal Officiel du 12 juillet 1987, p. 7822.

Circulaire DHOS n°424-2001 du 30 août 2001 relative au recensement des bénéficiaires de la loi n°87-517 du 10 juillet 1987 en faveur de l'emploi des travailleurs handicapés 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. Bulletin Officiel n°2001-37 du 10 au 16 septembre 2001.

Loi n°2005 – 102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, Journal Officiel n°36, 12 février 2005, p.2353

Loi n°2007-148 du 2 février 2007 de modernisation de la fonction publique, Journal Officiel du 6 février 2007, n°31, p. 2160

Décret n°2006-134 du 9 février 2006 relatif à la déclaration annuelle obligatoire des travailleurs handicapés, Journal Officiel n°35, 10 février 2006, p.2124

Décret n°2006-136 du 9 février 2006 relatif aux modalités de calcul de la contribution annuelle au fonds de développement pour l'insertion professionnelle des handicapés, Journal Officiel n°35, 10 février 2006, p.2125

Décret 2006-501 du 3 mai 2006 relatif au fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique, Journal Officiel n°104, 4 mai 2006, p.6599

Décret n°2006-565 du 17 mai 2006 relatif à certaines modalités de recrutement des handicapés dans la fonction publique hospitalière, Journal Officiel n°116, 19 mai 2006, texte n°16

Arrêté du 2 juin 2006 fixant le contenu de la déclaration annuelle au fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique, Journal Officiel n°130, 7 juin 2006, p. 8566

Sites internet utiles

www.handicap.gouv.fr

ANFH

<http://www.anfh.asso.fr/index.php>

FIPHFP

<http://www.fiphfp.fr/default.asp>

MEDECINE DU TRAVAIL

<http://www.anmtph.fr>

FHF

<http://www.fhf.fr>

MINISTERE DE LA SANTE

<http://www.sante.gouv.fr>

INPES (Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé)

<http://www.inpes.sante.fr>

INRS (Institut National de Recherche et de Sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles)
<http://www.inrs.fr>

ANACT (Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail)
<http://www.anact.fr>

Liste des annexes

Annexe 1 - Liste des entretiens réalisés

Annexe 2 – Les catégories de bénéficiaires de l'obligation d'emploi

Annexe 3 – Définitions juridiques

Annexe 4 – Données sociales – GHS (2006)

Annexe 5 – Etat des lieux des bénéficiaires de l'obligation d'emploi aux HCL (2007)

Annexe 6 – Répartition de l'effort d'emploi par groupement (2007)

Annexe 7 - Bilan 2006 de la commission des postes aménagés (GHS)

ANNEXE 1 - LISTE DES ENTRETIENS REALISES

DPAS

Directrice adjointe (service de la gestion, du budget et des effectifs) à la Directrice du Personnel et des Affaires Sociales - chargée du dossier aux HCL

Attaché d'administration hospitalière au service de la gestion du personnel (DPAS) – au titre du suivi des dossiers de reclassement – (entretien téléphonique)

Conseiller Conditions de Travail – Centre Hospitalier Lyon Sud
Conseiller Conditions de Travail – Hôpital Henry Gabrielle

Conseillère Ressources Humaines – Hospices Civils de Lyon - chargée de mission handicap (entretien téléphonique)

Conseillers Formation Carrière – Groupement Hospitalier Sud

Médecine Statutaire

Médecin chef de service du Service de Médecine Statutaire

Médecine et Santé au Travail des Personnels

Médecin chef de service
Médecins du travail Centre Hospitalier Lyon Sud
Médecin du travail Hôpital Henry Gabrielle

Groupement Hospitalier Lyon Sud

Directeur du Personnel du Groupement Hospitalier Sud
Attaché d'administration hospitalière – cellule recrutement
Directrice des Soins Infirmiers
Cadre Supérieure de Santé, chargée de mission à la Direction des Soins
Cadre Supérieure de Santé – Pôle d'activités de médecine
Cadre Supérieure de Santé – Pôle d'activités de chirurgie
Cadre Supérieure de Santé – Pôle d'activités d'urgences
Service social du personnel
Attachée d'administration hospitalière, Direction des Services Economiques et Logistiques, Service Achats – Equipements
Attachée d'administration hospitalière, Direction des Services Economiques et Logistiques, Service Achats – Comptabilité

A l'extérieur des Hospices Civils de Lyon

Attachée d'administration hospitalière et « Coordinatrice des postes aménagés » au Centre Hospitalier Universitaire de Toulouse (entretien téléphonique)

ANNEXE 2 – LISTE DES BENEFICIAIRES DE L'OBLIGATION D'EMPLOI

Article L323-3 (Code du Travail)

(Loi n° 73-4 du 2 janvier 1973 Journal Officiel du 3 janvier 1973)

(Loi n° 87-517 du 10 juillet 1987 art. 1 Journal Officiel du 12 juillet 1987 en vigueur le 1er janvier 1988)

(Loi n° 91-1389 du 31 décembre 1991 art. 22 Journal Officiel du 3 janvier 1992)

(Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 art. 27 I, art. 70 1° Journal Officiel du 12 février 2005 en vigueur le 1er janvier 2006)

(Abrogé par Ordonnance n° 2007-329 du 12 mars 2007 art. 12 I Journal Officiel du 13 mars 2007 en vigueur au plus tard le 1er mars 2008)

Bénéficiaire de l'obligation d'emploi instituée par l'article L. 323-1 :

1° Les travailleurs reconnus handicapés par la commission technique d'orientation et de reclassement professionnel mentionnée à l'article L. 146-9 du code de l'action sociale et des familles ;

2° Les victimes d'accidents du travail ou de maladies professionnelles ayant entraîné une incapacité permanente au moins égale à 10 p. 100 et titulaires d'une rente attribuée au titre du régime général de sécurité sociale ou de tout autre régime de protection sociale obligatoire ;

3° Les titulaires d'une pension d'invalidité attribuée au titre du régime général de sécurité sociale, de tout autre régime de protection sociale obligatoire ou au titre des dispositions régissant les agents publics à condition que l'invalidité des intéressés réduise au moins des deux tiers leur capacité de travail ou de gain ;

4° Les anciens militaires et assimilés, titulaires d'une pension militaire d'invalidité au titre du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre ;

5° Les veuves de guerre non remariées titulaires d'une pension au titre du même code, dont le conjoint militaire ou assimilé est décédé des suites d'une blessure ou d'une maladie imputable à un service de guerre ou alors qu'il était en possession d'un droit à pension militaire d'invalidité d'un taux au moins égal à 85 p. 100 ;

6° Les orphelins de guerre âgés de moins de vingt et un ans et les mères veuves non remariées ou les mères célibataires, dont respectivement le père ou l'enfant, militaire ou assimilé, est décédé des suites d'une blessure ou d'une maladie imputable à un service de guerre ou alors qu'il était en possession d'un droit à pension d'invalidité d'un taux au moins égal à 85 p. 100 ;

7° Les veuves de guerre remariées ayant au moins un enfant à charge issu du mariage avec le militaire ou assimilé décédé, lorsque ces veuves ont obtenu ou auraient été en droit d'obtenir, avant leur remariage, une pension dans les conditions prévues au 5° ci-dessus ;

8° Les femmes d'invalides internés pour aliénation mentale imputable à un service de guerre, si elles bénéficient de l'article L. 124 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre ;

9° Les titulaires d'une allocation ou d'une rente d'invalidité attribuée dans les conditions définies par la loi n° 91-1389 du 31 décembre 1991 relative à la protection sociale des sapeurs-pompiers volontaires en cas d'accident survenu ou de maladie contractée en service ;

10° Les titulaires de la carte d'invalidité définie à l'article L. 241-3 du code de l'action sociale et des familles ;

11° Les titulaires de l'allocation aux adultes handicapés.

NOTA : Ordonnance 2007-329 2007-03-12 art. 14 : Les dispositions de la présente ordonnance entrent en vigueur en même temps que la partie réglementaire du nouveau code du travail et au plus tard le 1er mars 2008.

ANNEXE 3 - DEFINITIONS JURIDIQUES

1. Définition du congé de longue durée (CLD)

Un fonctionnaire en activité, atteint de l'une des pathologies suivantes : tuberculose, maladie mentale, affection cancéreuse, poliomyélite, déficit immunitaire grave et acquis, peut être placé en congé longue durée. Le CLD est prononcé sur avis du comité médical départemental après une année de congé longue maladie pour l'agent. La décision d'octroi, prise par l'autorité investie du pouvoir de nomination, accorde ce congé pour une période de 3 à 6 mois, renouvelable. Le plein traitement est conservé pendant 3 ans, après quoi le fonctionnaire a droit à 2 ans de demi- traitement. A l'issue d'un CLD (reprise ou épuisement des droits), le fonctionnaire est soit reclassé, soit mis en disponibilité, soit admis à la retraite.

2. Organisation actuelle de l'activité de la médecine statutaire aux HCL

L'organisation des activités de la médecine statutaire (dont le service est centralisé à l'hôtel dieu, sur le site historique des HCL, en centre ville lyonnais) se répartit de la façon suivante :

- un secteur « recrutement » (avis d'aptitude) : 2846 avis rendus en 2006
- un secteur « contrôle » : 28 953 arrêts de travail transmis, 248 contrôles demandés par les établissements et 704 consultations à l'initiative du service dont 98,25% des arrêts régularisés suite à la visite
- secteur « accidents de service, maladies contractées en service, maladies professionnelles et allocation temporaire d'invalidité » : 815 accidents de service/ de trajet avec arrêts reconnus imputables en 2006, (note de bas de page : la médecine agréée ne voit que les AT avec arrêts, les AT sans arrêts faisant l'objet d'un suivi de la médecine du travail), 47 maladies reconnues imputables au service et 46 maladies professionnelles
- secteur des « droits spéciaux » (secteur qui regroupe l'ensemble de la gestion des dossiers des agents dont la pathologie nécessite un congé prolongé et pour lesquels l'avis des commissions de tutelle est requis réglementairement).

3. Le Comité Médical Départemental

Le Comité Médical Départemental est composé de médecins agréés. Il est constitué dans chaque département sauf à Paris, où l'AP- HP bénéficie d'un comité médical d'établissement. Il est obligatoirement consulté en ce qui concerne :

- la prolongation des congés maladie au-delà de six mois consécutifs
- l'octroi des congés de longue maladie et de longue durée

- le renouvellement de ces congés
- la réintégration, après douze mois consécutifs de congés maladie ou CLM – CLD
- l'aménagement des conditions de travail du fonctionnaire après un congé maladie, CLM ou CLD
- la mise en disponibilité d'office pour raisons de santé, son renouvellement et l'aménagement des conditions de travail après la fin de la mise en disponibilité
- le reclassement dans un autre emploi à la suite d'une modification de l'état physique du fonctionnaire

4. La Commission Départementale de réforme

La commission départementale de réforme, compétente pour les fonctionnaires territoriaux et hospitaliers, composée de médecins agréés, de représentants de l'administration et de représentants du personnel, se prononce pour avis sur :

- la mise à la retraite pour invalidité
- l'imputabilité au service de l'accident ou de la maladie professionnelle
- l'appréciation de l'invalidité temporaire
- l'attribution de l'allocation temporaire d'invalidité (ATI)
- le mi-temps thérapeutique après accident ou maladie professionnelle
- le reclassement

5. Le temps partiel thérapeutique (article 41-1 de la loi du 9 janvier 1986, modifié par la loi n°2007-148 du 2 février 2007 – loi de modernisation de la fonction publique)

Le comité médical départemental, consulté sur la reprise de l'agent, peut recommander une reprise à temps partiel dans l'intérêt de l'agent. Jusqu'en février, cette possibilité n'était ouverte qu'à l'issue d'un CLD, d'un CLM ou d'un arrêt pour accident de travail ou maladie professionnelle. Dorénavant, elle l'est également après six mois de maladie ordinaire au titre de la même affection.

Le temps partiel thérapeutique est accordé pour une période de 3 mois renouvelable dans la limite d'un an. L'agent perçoit l'intégralité de son traitement. Le fonctionnaire peut reprendre sur son poste initial ou sur un autre poste de travail.

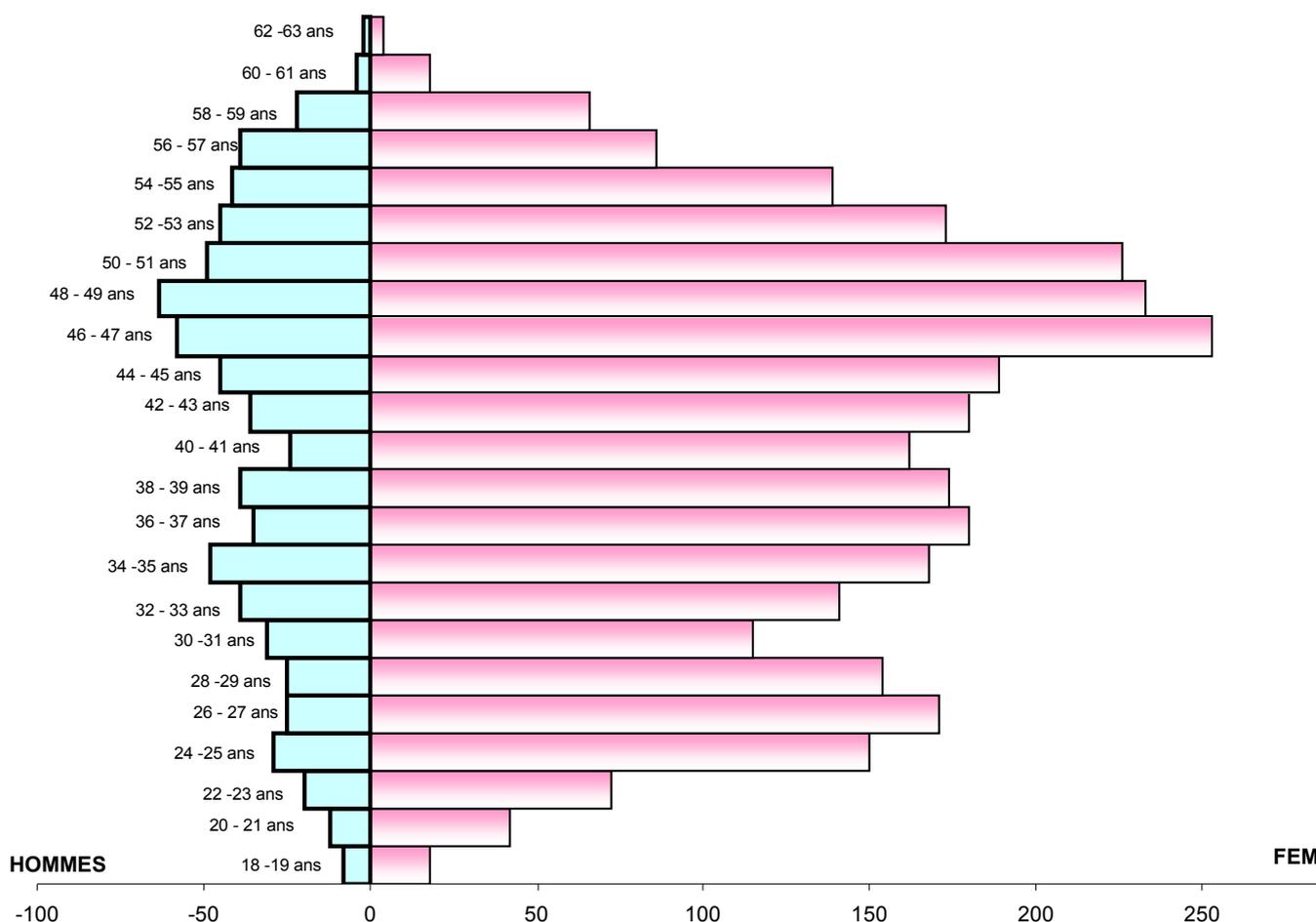
A noter également que la quotité unique de 50% (d'où anciennement mi-temps) a été supprimée (d'où la nouvelle notion de « temps partiel »).

ANNEXE 4 – DONNEES SOCIALES - GHS (2006)

Effectif total rémunéré (équivalent temps plein)

	GHS	TOXICOMANIE	TOTAL	%
Personnel administratif	362,65	0,5	363,15	10,20 %
Personne soignant	2 402,42	3,5	2 408,92	67,69 %
Personnel technique et ouvrier	444,69	-	444,69	12,49 %
Personnel médico-technique	342,25	-	342,25	9,62 %
Total	3 555,01	4	3 559,01	100,00 %

Pyramide des âges



ANNEXE 5 – ETAT DES LIEUX DES BENEFICIAIRES DE L’OBLIGATION D’EMPLOI AUX HCL (2007)
(par catégorie de bénéficiaire et par groupement hospitalier)

ETABLISSEMENT	ATI	reclassements (CMD)	Réponses établissements " agents reconnus "COTOREP"	Réponses établissements "agents sur postes aménagés"	total
G.HEH	97	1	7	254	359
G.H.S	68	3	11	94	176
G. GERIATRIE	18	0	6	16	40
GHE	37	1	3	15	56
Ecole Dentaire	1	0	0	1	2
S.A/IFCS/DSI	13	1	5	0	19
Services Généraux	8	0	0	7	15
DEBROUSSE	7	0	1	36	44
SABRAN	10	1	3	23	37
GHN	32	3	2	28	65
TOTAL	291	10	38	474	813
	Actualisation 314				836

ANNEXE 6 – REPARTION DE L’EFFORT D’EMPLOI HCL PAR GROUPEMENT (2007)

GROUPEMENT HOSPITALIER	Nb handicapés	% nb handicapés dans étab / nb total handicapés (836)	Effectif etabl	% handicapés de l'étab/eff étab	% effectif étab /effectif HCL (17537)
GROUPEMENT HOSPITALIER NORD	68	8,13%	2469	2,75%	14,08%
GROUPEMENT HOSPITALIER EDOUARD HERRIOT	368	44,02%	4415	8,34%	25,18%
GROUPEMENT HOSPITALIER SUD	182	21,77%	3747	4,86%	21,37%
GROUPEMENT HOSPITALIER EST	59	7,06%	2374	2,49%	13,54%
HOPITAL RENEE SABRAN	37	4,43%	577	6,41%	3,29%
HOPITAL DEBROUSSE	44	5,26%	762	5,77%	4,35%
GROUPEMENT DE LA GERIATRIE	41	4,90%	1522	2,69%	8,68%
ECOLE DENTAIRE	2	0,24%	57	3,51%	0,33%
SIEGE ADMINISTRATIF/ECOLE/DSI	20	2,39%	1419	1,41%	8,09%
SERVICES GENERAUX	15	1,79%	195	7,69%	1,11%
TOTAL EN NOMBRE	836	100,00%	17537	4,77%	100,00%

BILAN DE LA COMMISSION DES POSTES ADAPTES DU 19/4/06

GRADE	DIFFICULTE	AFFECTATIONS	SOUHAITS	REALISATIONS
IDE	MEDICALE	NUIT	JOUR HORAIRES FIXES	CONS RHUMATO 1/9/06
		NUIT	JOUR HORAIRES FIXES	PROP CONS REFUSEE
		HG	POSTE ALLEGE EN MANUTENTION	
	SOCIALE	50% GYNECO	50% GROUPE CONSULTATIONS	CONS URO 1/1/07
		MP	EVITER DEPLACEMENT ET STATION DEBOUT	LABO GONNAUD 1/9/06
		BLOC URG 2X12	BLOC URGENCES 12 H JOUR	01/12/2006
			EVITER GESTES REPETITIFS	LABO EEG 1/9/06
ASD	MEDICALE	UCU 50%	NUIT 80 OU 75%	NUIT 75% 1/10/06
		UHSI	POSTE SANS SOULEVEMENT	
		STERILISATION	SERVICE DE SOINS	U 21 1/9/06
		REA CHIR	12 H JOUR	BLOC STO 1/1/07
		U 41	POSTE HORAIRES FIXES (maladie depuis 20/2/06)	
		BLOC STOMATO	POSTE HF SANS SOULEVEMENT	CONS STO 1/1/07
		CONS GIRAUD	POSTE MOINS LOURD	REFORME 1/3/07
		STERILISATION	POSTE SANS SOULEVEMENT	CONS CHIR 1/1/07
		HENRY GAB	ALLERGIE DE CONTACT	
		STERILISATION	NUIT OU 2 x 8	NUIT 1/5/06
		GIRAUD	POSTE MOINS LOURD OU NUIT	DST 15/2/07
	SOCIALE		POSTE HORAIRES FIXES (maladie depuis 16/2/06)	
			NUIT	NUIT 1/10/06
			NUIT	CONGE PARENTAL 30/4/07
			NUIT	
			75% EN 2x 12 OU NUIT	REA 1/1/07
			POSTE HORAIRES FIXES	
		FORTUNET	POSTE HORAIRES FIXES	CHIR AMBU 1/1/07
ASH			2 X 12 H (mater du 3/5/06 au 30/9/06)	
DIVERS	TECH LABO	LABO HEMATO	QUITTER LABO HEMATO	REGLE AU SEIN DU LABO
	KINE		NE PEUT PAS TRAVAILLER SEULE A SA REPRISSE	DST DEMANDEE 1/9/07
	SAGE FEMME			50% CONSULTATION
	OP	PLATEFORME	POSTE ADM	POSTE ADM HORS CHLS
	OP	CUISINE	POSTE SANS SOULEVEMENT	ABSENT

**ANNEXE 7 – BILAN
2006 DE LA
COMMISSION DES
POSTES AMENAGES
AU GHS (outil de suivi
Direction du
Personnel)**