



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Directeur d'hôpital

*Date du Jury : **Décembre 2000***

**LES POSTES AMÉNAGÉS À L'HÔPITAL :
RECENSER POUR ANTICIPER**

Alexandre FRITSCH

SOMMAIRE

INTRODUCTION	3
1 - LA DÉQUALIFICATION : UN PHÉNOMÈNE ENDÉMIQUE QUI A MOBILISÉ DEPUIS LONGTEMPS LE LÉGISLATEUR ET LES CENTRES HOSPITALIERS.....	8
<u>1.1 Les causes de l'usure professionnelle prématurée des personnels non médicaux.....</u>	8
1.1.1 <u>Phénomène multiforme</u>	8
1.1.2 <u>Particularité du cas toulousain</u>	15
1.2 Le législateur s'empare d'une réalité.....	19
1.2.1 <u>Les outils pour prévenir</u>	19
1.2.2 <u>Les outils pour guérir</u>	25
1.3 Actions et réflexions non constitutives de politiques globales	30
1.3.1 <u>De l'échec au renouveau de la réflexion.....</u>	30
1.3.2 <u>La mise en place une politique d'établissement pour les postes aménagés : de la réflexion à l'action</u>	32
2 - LES NOUVEAUX MOYENS DE GESTION DES POSTES AMÉNAGÉS	34
<u>2.1 L'organisation du traitement et du suivi des P.A., l'expérience de Toulouse</u>	34
2.1.1 <u>Mesurer le phénomène</u>	34
2.1.2 <u>Réexaminer des situations pour individualiser des solutions</u>	42
2.2 De la prévention de la fatigue professionnelle au parcours professionnel: les moyens d'une anticipation efficace.....	50
2.2.1 <u>prévenir les problèmes responsables de l'usure professionnelle</u>	50
2.2.2 <u>orienter vers une nouvelle carrière: le parcours professionnel</u>	56
CONCLUSION	61
REMERCIEMENTS	64
BIBLIOGRAPHIE GENERALE	65

« Il est indubitable que l'utopie fait avancer l'histoire, la stimule. »

Emile Cioran (entretien avec Fernando Savater, 1977)

INTRODUCTION

Postes aménagés, postes allégés, emplois adaptés, les termes sont nombreux qui décrivent les conséquences de la déqualification des personnels dans l'organisation hospitalière. La prise en compte de ce phénomène dans les établissements publics de Santé a longtemps revêtu un caractère individuel. Cependant, la modification du contexte économique et les évolutions sanitaires rendent nécessaire l'inscription de ces actions dans une stratégie globale d'établissement.

L'ordonnance de 1996 a initié une réforme en profondeur de l'organisation sanitaire française avec pour objectif la rationalisation du système de soin. La volonté imprimée par le texte est de soigner mieux tout en mettant en place une réelle maîtrise des dépenses de Santé. Cette ambition a poussé les Etablissements Publics de Santé à chercher, en collaboration avec les Agences Régionales d'Hospitalisation, une meilleure efficacité. Pour ce faire, les pouvoirs publics utilisent deux mécanismes : d'une part l'incitation forte des établissements à la mise en place de politiques de coopération (fusions, regroupements, filières, réseaux), d'autre part et parallèlement, la distribution d'enveloppes financières fermées.

En dehors de la prise en compte de l'inflation, les hôpitaux publics tentent aujourd'hui de soigner mieux à moyens constants. Ce défi ne peut bien évidemment pas être relevé sans la participation des personnels, d'autant que la

proportion des personnels non médicaux (1) des hôpitaux publics français est très importante non seulement au regard de l'ensemble des professions de santé mais aussi au regard de la population active. En effet, les 686.257 personnels non médicaux représentent 86 % des salariés des établissements publics, soit 62,5 % des personnels des établissements de santé, soit 2,75 % d'une population active estimée à 25.000.000 d'individus 1. On comprend ainsi comment la principale source de dépenses de fonctionnement d'un hôpital demeure le traitement et la paie de ses personnels et plus particulièrement le personnel non médical Exemple de Toulouse à donner. La gestion des ressources humaines de l'hôpital public est donc capitale pour l'optimisation des ressources pas seulement à cause de ce poids financier mais tout autant au regard de l'importance du rôle du personnel dans sa participation à la prise en charge du malade et à l'organisation des soins.

En effet, les évolutions technologiques et la réorganisation du système de soins n'ont pas fini de métamorphoser l'hôpital. La modification induite par les nouveaux modes de prise en charge globale du malade vont influencer sur la nature du travail humain et pousser vers une efficacité accrue. Les premiers essais de dispensation journalière individualisée et nominative des médicaments aux patients par des automates, l'avènement des robots chirurgicaux et la réorganisation de l'ensemble des flux logistiques, à l'instar de l'organisation en réseaux, vont accroître l'efficacité des structures d'hospitalisation. Le développement de l'ambulatoire et plus généralement la baisse de la durée moyenne de séjour vont accélérer le passage des patients hospitalisés et rendre encore plus techniques les soins dispensés. Une récente étude (2) soutient qu'en France, « en excluant uniquement les hospitalisations de plus de quarante-huit heures, la chirurgie ambulatoire pourrait concerner 10% des séjours des adultes et 78% en pédiatrie (contre 1% et 34% actuellement) » : ce qui constitue le

¹ Le personnel non médical est constitué des personnels soignants (infirmiers, aides-soignants) des personnels administratifs, médico-techniques techniques et ouvriers.

² « Estimation du potentiel de développement de la chirurgie ambulatoire. L'exemple des cures des hernies inguinales ou crurales. », Olivier Busson, Anne Doussin, Marie-Jo Sourty-Le Guellec. *C.R.E.D.E.S.*

schéma prévisionnel « le moins ambitieux mais également le plus prudent ». L'anticipation de ces évolutions est à prendre en compte dans la gestion des ressources humaines. C'est dans cette stratégie que doivent s'inscrire la mission du Directeur des Ressources Humaines (D.R.H.) et celle plus large du chef d'établissement. Pour que l'hôpital de demain reste à la pointe du soin, il convient d'anticiper, qualitativement et quantitativement, les besoins en personnel. La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (G.P.E.C.), «outil indispensable de la gestion des ressources humaines », donne les moyens de réaliser le projet d'établissement. Cette démarche, proposée par le Ministère du Travail et des Affaires Sociales dans un guide (3), tient également compte de l'évolution demandée aux personnels déjà en poste mais s'enrichit à prendre en compte un facteur connu : la fatigue et l'usure professionnelle des agents.

L'épuisement professionnel a justement été conceptualisé d'après l'observation de ce syndrome chez des hospitaliers dès le milieu des années 1970 par le psychanalyste américain Herbert J. Freudenberger. Ce praticien a fait naître le concept de « burnout » (fatigue professionnelle) de son observation des personnels médicaux et soignants d'établissements sanitaires à but non lucratif (free-clinics). Il expliquait principalement ce phénomène par la charge psychique née de la trop grande différence entre l'idéal de la mission de soin et les contraintes matérielles de sa réalisation, sous-estimant les conséquences évidentes des efforts physiques des soignants. Le stress et les efforts physiques ont ainsi été la cause, principalement parmi les soignants, de déqualification. Ils ont en outre été accentués par le changement du rapport de la femme au travail. Dans leur ouvrage « Travailler à l'hôpital »⁴, Madeleine Estryn-Béhar et Henri Poinson notent cette évolution visible dès le milieu des années soixante-dix. Avant, «la plupart des infirmières s'arrêtaient de travailler assez tôt afin d'élever leurs enfants ou de trouver un mode d'exercice moins contraignant. Seules les plus déterminées, ou les célibataires, continuaient une carrière professionnelle». Depuis lors, «comme les autres femmes, les infirmières ne mettent plus fin aussi

³ guide de la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences

⁴ Travailler à l'hôpital, Madeleine Estryn-Béhar et Henri Poinson, p 14, éditions Berger Levrault 1989

rapidement et aussi souvent à leur vie professionnelle...». Les personnels non médicaux, majoritairement composés de femmes, subissent donc, en terme de fatigue professionnelle, les effets augmentés par la durée et le vieillissement. Ne pouvant plus assurer la mission dont ils étaient chargés mais bénéficiant du statut protecteur du Livre IX du Code de la Santé publique puis de celui de la fonction publique hospitalière (loi n°86-33 du 9 Janvier 1986), ces personnels ont été la plupart du temps remplacés et affectés en surnombre dans les services. Ce traitement n'a pas posé de problèmes autres qu'humains tant que les contraintes financières n'ont pas imposé à l'ensemble des Etablissements Publics de Santé la maîtrise de leurs dépenses. Dans cette perspective, le rôle de la G.P.E.C. est lié à celui de l'anticipation des besoins en formation continue du personnel et à l'aménagement de postes de travail motivants compatibles avec le potentiel des agents physiquement diminués tout autant qu'avec les besoins réels de l'hôpital. Tendre vers cet idéal d'adéquation entre emplois et compétences implique la mise au point d'une politique de recrutement et de suivi collectif et individuel des personnels. Comme le rappelle Pierre LOUART (5) à propos de la motivation : « Certains aspects sont généralisables à tout être humain, on peut s'en servir pour des dispositifs globaux d'accueil et de management organisationnel. D'autres sont liés aux particularités de chacun ; on les comprendra par des échanges relationnels et on les gèrera par des ajustements interpersonnels.".

En matière de postes aménagés, le C.H.U. de Toulouse présente pour cette étude l'intérêt d'avoir initié une politique globale centrée sur les individus après avoir tenté plusieurs fois dans son histoire de résoudre l'inflation des demandes d'aménagement. Les références aux Hôpitaux de Toulouse ont donc constitué la colonne vertébrale de cette réflexion et en illustrent prioritairement le propos.

La gestion prévisionnelle et prospective des emplois et des compétences trouve, dans le traitement du problème des postes aménagés, non seulement une porte d'entrée dans la gestion des ressources humaines de l'hôpital public mais sans doute aussi un de ses axes prioritaires. L'échec constaté des mesures a en effet poussé certains établissements à inventer de nouveaux moyens de gestion

⁵ Encyclopédie de gestion, volume 2, art 111 Motivation, Page 2103

Alexandre FRITSCH - Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique - année 2000

(chapitre 2) basés sur une connaissance pointue du personnel qui seule permet de mettre en place les outils de traitement et d'anticipation adaptés. Pourtant, les centres hospitaliers avaient depuis longtemps, avec l'aide du législateur, tenté d'endiguer la déqualification de leurs agents, facteur déclenchant des demandes d'aménagement (chapitre 1) .

1 -LA DÉQUALIFICATION : UN PHÉNOMÈNE ENDÉMIQUE QUI A MOBILISÉ DEPUIS LONGTEMPS LE LÉGISLATEUR ET LES CENTRES HOSPITALIERS

La déqualification professionnelle est un terme générique qui amalgame des réalités différentes tant quant au degré que quant à la durée de l'inadaptation de l'individu. Le législateur a voulu donner aux hôpitaux les moyens de s'en garantir (1.1) , ayant pris conscience qu'elle induisait une usure professionnelle prématurée préjudiciable à l'agent et à l'établissement (1.2) .

1.1 LES CAUSES DE L'USURE PROFESSIONNELLE PRÉMATURÉE DES PERSONNELS NON MÉDICAUX

Bien qu'il ne soit envisageable pour aucun individu de prétendre avoir les mêmes capacités au travail du début jusqu'au terme de sa vie active, on peut affirmer de certaines usures professionnelles qu'elles auraient pu être notablement diminuées, voire éradiquées. La déqualification des agents dans ce cas s'explique par des causes variées qui peuvent se superposer ; à la fois emblématique et singulier, l'étude de ces phénomènes sur le C.H.U. de Toulouse est intéressante à double titre.

1.1.1 Phénomène multiforme

Les risques professionnels mais aussi les nouvelles atteintes à la santé tels que les problèmes de souffrance mentale, dont s'ouvrent de plus en plus les personnels, sont cause d'une usure professionnelle anticipée qui est aggravée par le vieillissement.

1.1.1.1 la fatigue professionnelle ou risques psychopathologiques

Les risques psychopathologiques constituent une notion difficile à définir qui trouve son origine dans des situations identifiables.

- définition de la fatigue professionnelle

Alexandre FRITSCH - Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique - année 2000

La fatigue professionnelle est un risque psychologique avéré. Elle est le fruit de situations anxigènes ou dépressogènes. Le caractère particulier de la fatigue professionnelle explique la difficulté de réaliser des études car il demeure toujours une large part de subjectivité entre les troubles psychiques liés à la nature de l'individu et ceux imputables à sa situation de travail. La prise en compte de ces phénomènes en milieu hospitalier ne peut intervenir que lorsque leur importance est supérieure à celle constatée dans la population générale (notion de prévalence).

- Les facteurs d'épuisement professionnel

L'angoisse du soignant et plus généralement celle du personnel non médical, est source de cette fatigue professionnelle. Elle peut naître de la perception du rapport au patient, du vécu personnel comme des conditions de travail. De plus, l'aspiration à la qualité du travail effectué peut amener, si elle n'est pas ressentie comme satisfaite, une aggravation du stress et accentuer le syndrome de fatigue professionnelle, conformément aux études menées par le docteur Herbert J. Freudenberger sur le « burnout ». Les facteurs d'épuisement peuvent être regroupés en trois thèmes : l'adéquation entre l'individu et son poste de travail, les relations de l'individu dans son service et le rapport de l'équipe face à son environnement. L'accumulation de ces facteurs, souvent conjugués, augmente la vulnérabilité des agents.

l'adéquation individu/poste de travail

Ce facteur correspond à la mise en relation des compétences requises sur un poste de travail et de la finalité de la mission de l'agent. La perception d'incompétence renvoie à l'évaluation portée par l'individu sur la qualité du travail produit : il dénote une conscience professionnelle satisfaite ou frustrée. La difficulté naît d'une trop grande différence entre le travail effectué et sa réalisation idéale : entre le travail que l'agent pensait accomplir avant son entrée dans la vie active et la réalité de sa vie professionnelle. Ceci est particulièrement vrai dans le cas des personnels soignants car l'idéal de soin et de réconfort, à l'origine du choix de ce métier, est souvent malmené. L'échec médical est encore plus dur à supporter sans préparation préalable.

les relations de l'individu dans son service

Le travail hospitalier est un travail collectif. Le fait d'appartenir à un service ou à une équipe soudée est particulièrement nécessaire. Par delà les différences individuelles de caractère, de fonction et de maîtrise du métier, l'agent hospitalier a besoin de se sentir soutenu moralement pour mener son travail à bien. Deux cas de figure peuvent mettre à mal cette aspiration générale du personnel non médical : une fracture entre les agents selon leur degré de qualification ou leur statut et l'absence d'un encadrement fédérateur.

La rationalisation du travail amène souvent, dans les unités de soins, une coupure entre les soignants et les agents des services hospitaliers (A.S.H) et, chez les soignants, entre l'infirmière et l'aide-soignante. Cette fracture peut être mal vécue au regard du glissement des tâches qui a longtemps prévalu et avait créé un esprit d'équipe. Le fait que la formation puisse amener une A.S.H. aux fonctions d'infirmière la rend plus pénible encore. A l'inverse, le fait pour deux personnes d'effectuer un même travail sous un statut différent (A.S.H. ou brancardier titulaires et personnels sous Contrat Emploi Solidarité) est source de frustration ou d'un sentiment de dévalorisation nuisible.

L'importance du cadre dans l'impulsion et l'entretien d'un esprit d'équipe sont capitaux. L'incapacité de l'encadrement à gérer les conflits et valoriser l'action collective peut mettre des agents en difficulté.

le rapport de l'équipe face à son environnement

A côté de l'insertion de l'individu dans une équipe, l'intégration d'une équipe au sein de l'entité hospitalière est déterminante pour l'équilibre professionnel de l'agent. La place occupée par certaines spécialités considérées comme la vitrine de l'hôpital peut porter ombrage à des spécialités moins prestigieuses comme la gériatrie. A l'inverse, le fait de faire comprendre aux agents d'une blanchisserie hospitalière, traditionnellement déconsidérés, l'importance de leur travail dans la continuité des soins s'avère motivant.

Aucune motivation ne peut, à elle seule, anihiler l'usure professionnelle dès lors que la fatigue n'en est qu'une facette et que se greffent d'autres atteintes : les risques professionnels.

1.1.1.2 les risques professionnels

Ces aléas naissent d'un problème d'organisation ou d'une atteinte à l'intégrité physique de l'agent.

- les risques « organisationnels »

Ces risques sont ceux liés à l'organisation du travail. Particulièrement prégnants dans le monde soignant, ils naissent des difficultés internes au service et à ses contraintes propre mais aussi des bouleversements que peuvent engendrer les restructurations. Leurs manifestations ne sont pas seulement psychiques mais également physiques.

L'organisation interne du service

Les horaires imposés aux équipes ainsi que le rythme du travail rendent parfois difficile l'harmonisation entre vies professionnelle et personnelle.

La continuité des soins, garantie par le service public hospitalier impose à une grande partie du personnel non médical, travail de nuit de week-end et de jours fériés. Un diagnostic d'octobre 1998 sur : « L'organisation et le temps de Travail au C.H.U. de Toulouse » conclue ainsi au désintérêt massif du travail le week-end pour l'ensemble des personnels non-médicaux : soignants 60%, médico-techniques 73% et personnel hors soins ⁶ 62%. L'absence d'intérêt pour le travail durant les jours fériés s'exprime dans des proportions quasi identiques à l'exception des personnels n'appartenant pas aux soins (intérêt majoritaire à 55%). Ce diagnostic concerne également le travail de nuit le plus souvent effectué par les mêmes agents (système de la « nuit fixe »). L'attractivité de ce travail, par rapport au travail de jour, réside dans : la prévisibilité du temps de travail (connaître le roulement permet aux agents d'organiser plus aisément leur vie personnelle), sa moindre pénibilité (baisse d'activité) voire l'intérêt pécuniaire. Les postes de jour présentent a contrario le désavantage de l'imprévisibilité des plannings de travail qui empêche la maîtrise du temps personnel et fragilise les agents. Il faut quand même noter qu'une large majorité

⁶ Notamment les agents du bureau des entrées les agents de sécurité.

Alexandre FRITSCH - Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique - année 2000

d'agents de nuit déclare se plaindre de troubles de santé du à la perturbation de la chronobiologie.

Les restructurations de services

Si les restructurations de services de soins ou d'unités doivent apporter à terme une meilleure organisation du travail, leur mise en place passe par des phases de désorganisation plus ou moins importantes. Le temps d'adaptation de l'agent à l'exercice renouvelé de ses fonctions, au sein d'équipes parfois recomposées et dans de nouveaux locaux, constitue une période de stress mais aussi de fragilisation physique. Ainsi, la fatigue et le risque d'accident seraient plus importants.

Les restructurations de services logistiques (blanchisseries ou cuisines centrales) induisent de nouveaux postes de travail, l'utilisation de nouvelles machines et une parcellisation des tâches (travail « d'usine ») source de tels risques. Il en est de même dans les transformations organisationnelles des services de soins.

Le dysfonctionnement de l'organisation augmente le risque physique réel encouru par les agents dans l'exercice de leurs fonctions.

- les risques physiques

Les risques physiques encourus par les agents au sein de l'hôpital n'induisent pas tous un amoindrissement de l'aptitude au poste. Une fois rétabli, un agent qui s'était cassé la jambe pour n'avoir pas eu à sa disposition de chaussures antidérapantes sera sans doute aussi opérationnel qu'auparavant. On ne peut donc établir un lien entre l'usure professionnelle prématurée et l'ensemble de ces risques. Seuls quelques « risques et pathologies hospitaliers » semblent avoir une incidence déterminante sur l'augmentation de la population d'agents en postes aménagés.

Au C.H.U. de Toulouse, la population exposée au risque de contraintes posturales et de manutention s'élève à pratiquement 7300 agents soit plus de 83% des personnels non médicaux sont exposés à ce risque. Lever des malades, pousser des chariots, des lits et des brancards ou porter du matériel sont des activités quotidiennes qui usent plus encore qu'elles ne provoquent d'accidents. Pourtant,

avec 18,1% en 1997 ⁷, les efforts de soulèvement constituaient de loin la seconde cause des accidents du travail ⁸ du personnel des établissements publics de santé.

Il convient de préciser que les accidents du travail touchent tout particulièrement le personnel soignant. En effet, à Toulouse, les aides-soignantes (soit environ 21,45% de l'effectif global du C.H.U.) et les infirmières diplômées d'Etat (soit environ 30,36% de l'effectif global du C.H.U.) sont les deux catégories socio-professionnelles victimes d'une part du plus grand nombre d'accidents du travail et d'autre part des accidents du travail entraînant les plus longues périodes d'indisponibilité avec des arrêts supérieurs à 15 jours, voire à 90 jours.

A côté du mal de dos, une enquête épidémiologique a démontré une très forte prévalence chez le personnel non médical féminin de l'insuffisance veineuse. Touchée à 76% (84% chez les infirmières de bloc opératoire et chez les employées de blanchisserie) , cette catégorie d'agents développera plus facilement une fatigue (de la sensation des jambes lourdes à la douleur) voire des pathologies graves (phlébite). Le facteur de ce risque est la température élevée dans de nombreux endroits de l'hôpital.

D'autres facteurs physiques peuvent à terme amoindrir l'aptitude des personnels hospitaliers : il s'agit notamment du bruit. Les agents en poste dans une blanchisserie ou une cuisine centrales et ceux des services d'odontologie sont particulièrement exposés à ce risque générateur de problèmes fatigue et de stress. Il s'agit également des distances à parcourir dans le service (une aide-soignante, d'après M. Estry-Behar et H. Poinignon, parcours plus de 9 kilomètres par journée de travail ⁹ . Enfin les contraintes d'hygiène qui ont généralisé le port de gants en latex sont une source d'allergie de plus en plus fréquente et pouvant entraîner l'inadaptation définitive aux soins. Ce dernier risque, au premier abord, semble ne pas emporter de graves conséquences. Il n'en est rien puisque cette allergie entraîne des œdèmes pouvant entraîner un

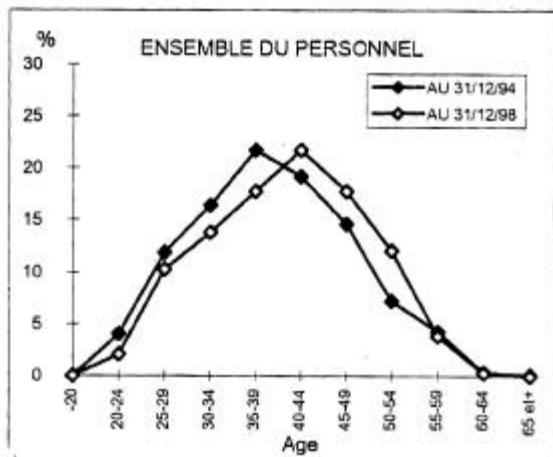
⁷ Informations Hospitalières, mars 2000, n°53, page 114

⁸ Hors accidents de trajet et après les 28,3 % consécutifs à l'emploi d'outils ou d'instruments coupant, contondant ou perforants

⁹ Travailler à l'hôpital, M. Estry-Behar et H. Poinignon, p 44, éditions Berger-Levrault 1989

décès. Le directeur des ressources humaines du C.H.U. de Besançon déclare avoir rencontré d'énormes difficultés pour aménager un poste correspondant à sa qualification à une infirmière de bloc opératoire.

Les agents sont d'autant plus exposés aux risques professionnels qu'ils vieillissent.



1.1.1.3 un facteur aggravant : le vieillissement

Le vieillissement du personnel hospitalier est bien réel. L'âge moyen d'un infirmier est passé, entre 1983 et 1998, de 34 à 40 ans. Certes, ce vieillissement accompagne ceux de la population nationale et de la population active, il n'en demeure pas moins un facteur de déqualification du personnel non médical. Qui plus est, l'allongement de la vie professionnelle accentue ce phénomène : ainsi l'espérance moyenne de vie professionnelle des infirmier/ères est passée de 24 à 28 ans entre 1986 et 1991. Le remplacement du départ des plus âgés par des jeunes demande donc plus de temps. Au total, la présence majoritaire des plus de 40 ans ¹⁰ rendra plus vulnérable aux risques précités le personnel non médical des établissements publics de santé.

On constate à Toulouse que, pour le travail de nuit, l'âge des personnels soignants est un facteur aggravant de la démotivation à la fois sur le plan de la

¹⁰ plus de 50% des hospitaliers en 1999

rémunération (par exemple, amoindrissement de l'impact de la prime de nuit lorsqu'on est en fin de carrière) et sur le plan de la pénibilité : à partir de 45 ans, on s'adapte plus difficilement aux perturbations des rythmes biologiques avec risques d'apparition ou d'aggravation des problèmes de santé (troubles métaboliques, troubles cardio-vasculaires, etc...)

Le management des ressources humaines devra donc s'adapter à cette donnée fondamentale du vieillissement. Fatigue, risques professionnels et vieillissement sont des notions générales qui décrivent une réalité partagée par l'ensemble des hôpitaux publics. Cependant, chacun de ces établissements publics administratifs a ses spécificités.

Toulouse, lieu d'observation de cette étude, a les siennes propres.

1.1.2 Particularité du cas toulousain

L'histoire des hôpitaux de Toulouse leur a forgé des atouts et des contraintes propres. Leur structure actuelle témoigne d'ambitions légitimes bien que son histoire récente en fait "le C.H.U. le plus vieux de France".

1.1.2.1 Le C.H.U. de Toulouse aujourd'hui

Les Hôpitaux de Toulouse constituent un C.H.U. de 2888 lits qui prend annuellement en charge plus de 150.000 hospitalisations et presque 600.000 consultations externes¹¹. De 1983 à 1999, la durée moyenne de séjour a chuté de 9 jours à pratiquement 5 jours. Quatrième établissement hospitalier de France, le C.H.U. de Toulouse déploie ses activités et ses compétences sur cinq sites :

- l'hôpital Purpan, 933 lits dont 818 lits d'hospitalisation complète, 51 d'hospitalisation de semaine et 64 de court séjour et dialyse.
- l'hôpital de Rangueil-Larrey, 979 lits d'hospitalisation complète, 112 d'hospitalisation de semaine et 76 de court séjour et dialyse. dont 791 lits d'hospitalisation

¹¹ 150 345 hospitalisations annuelles et 597 645 consultations externes, Chiffres clés 1999, plaquette éditée par les Hôpitaux de Toulouse, dernière édition

Alexandre FRITSCH - Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique - année 2000

- l'hôpital La Grave-Casselardit (maternité, gériatrie, psychiatrie, odontologie) 622 lits dont 192 de long séjour, 235 lits de moyen séjour et 195 lits de court séjour
- l'hôpital des Enfants 280 lits dont 233 d'hospitalisation complète et 47 places de jour et de dialyse
- La Fontaine-Salée 74 lits de rééducation 587 individus composent le Personnel médical de l'établissement,

Le personnel non médical est composé de 8894 agents (effectif mandaté hors emploi jeunes) dont 56,4 % sont soignants soit 2351 infirmiers/ères, et 2139 aides-soignants/tes. Le budget d'exploitation pose des dépenses de l'ordre de 3,9 milliards de francs dont 55,69 % , soit 2,17 milliards, correspondent aux dépenses en personnel non médical.

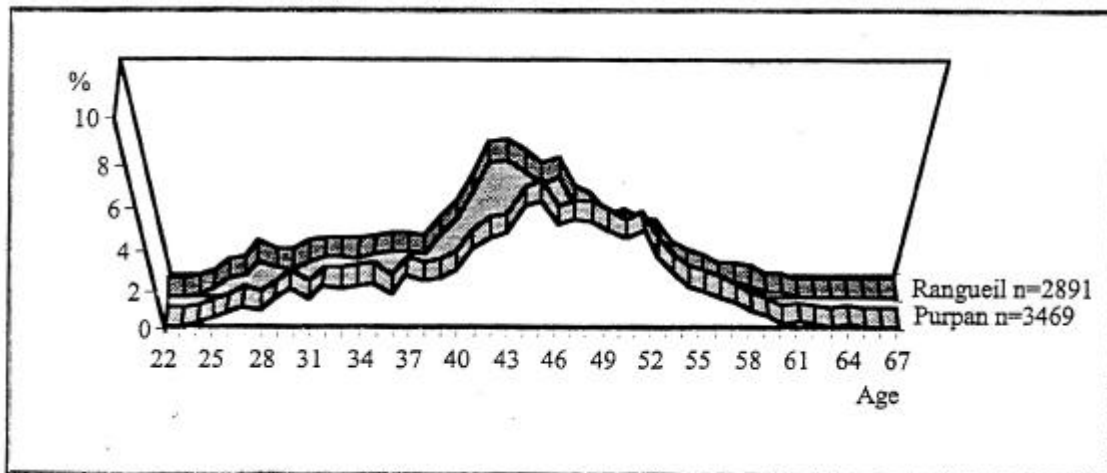
1.1.2.2 Le " plus vieux ¹² C.H.U. de France"

La moyenne d'âge des employés non médicaux des Hôpitaux de Toulouse, de 43 ans et 3 mois ¹³, est la plus élevée de l'ensemble des C.H.U. de France. La pyramide des âges laisse apparaître ce vieillissement d'une population dont 73% sont au moins quadragénaires (contre 50% au niveau de l'ensemble des établissements publics de santé) et 54, 5% des agents ont un âge compris entre quarante et cinquante ans. Ce dernier pourcentage cache l'extrême disparité entre la situation des femmes (71% ont plus de 40 ans, 53% ont entre 40 et 50 ans) et celle des hommes (81% ont plus de 40 ans, 59% ont entre 40 et 50 ans). Ces écarts paraissent imputables à la priorité au recrutement des soignants, majoritairement féminins par tradition, et à la baisse de recrutement

¹² L'ensemble de ces données est issu du bilan d'étape du rapport de recherche de M. Olivier Gonon : Etude du phénomène du vieillissement du personnel non médical du C.H.U. de Toulouse : analyses réalisées et en cours, sous la direction scientifique de M. J.C. Marquié, Laboratoire Travail et Cognition, U.M.R. 551 du C.N.R.S., Maison de la recherche, Université Toulouse Le-Mirail

¹³ 44 ans et 8 mois pour les femmes, 42 ans et 11 mois pour les hommes, Chiffres clés 1999, plaquette éditée par les Hôpitaux de Toulouse, dernière édition

des agents techniques, majoritairement masculins, consécutive aux évolutions



technologiques.

Ces données sont un agrégat des situations des différents sites du C.H.U.. Or il existe des différences significatives entre ces sites notamment entre les deux plus importants quant aux effectifs des personnels qui les composent : Purpan et Rangueil. Malgré le vieillissement de la population des deux établissements, on constate un décalage entre les deux structures d'âge : Purpan est en moyenne « plus vieux » (4 à 5 ans) que Rangueil. En revanche la répartition par âge est plus opérationnelle sur Purpan que sur Rangueil (importance des agents ayant entre 37 et 42 ans). Cette différence structurelle s'explique par l'ouverture récente de Rangueil en 1975 qui s'est accompagnée de recrutements massifs en un temps court.

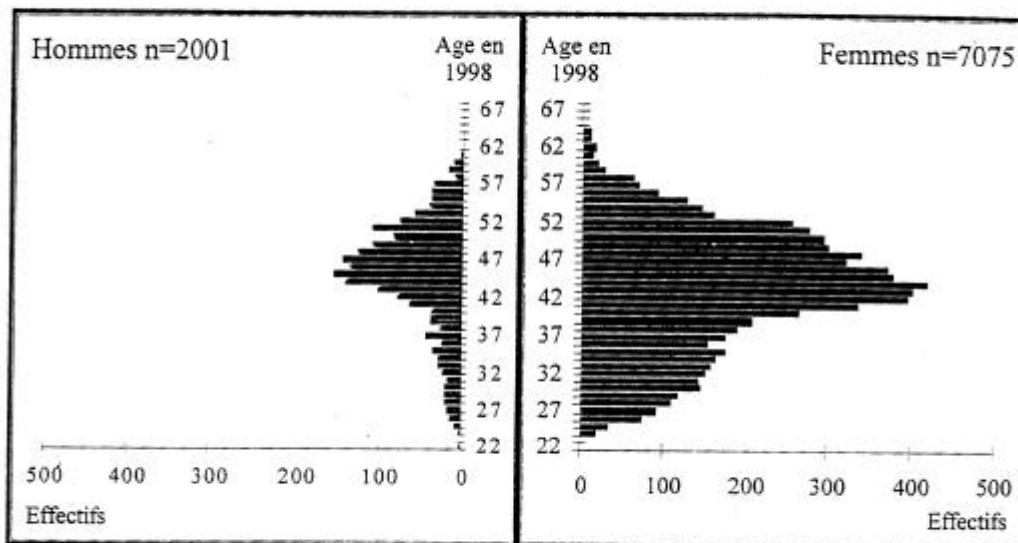


Figure 1 - Pyramide des âges des 9076 salariés.

L'ensemble des risques induisant une incapacité temporaire ou permanente, important du fait de la moyenne d'âge actuelle des agents du C.H.U., est donc appelé à augmenter fortement.

Le départ massif des plus de quarante ans va représenter, sous 10 ans, une perte massive de « savoir-faire » (formation par les plus anciens sur le poste de travail). Il sera suivi d'un besoin fort en personnel, avec le danger de reproduire le déséquilibre de la pyramide des âges.

Pour l'hôpital public, les risques de déqualification de son personnel sont donc bien réels et d'autant plus importants que la technicité exigée sur l'ensemble des postes de travail augmente. Par des textes normatifs, le législateur a, depuis longtemps, pris conscience des conséquences néfastes de la réalité de l'usure professionnelle. Il a donc usé de son pouvoir normatif pour donner un cadre de solutions aux établissements tout en offrant des garanties aux fonctionnaires hospitaliers.

1.2 LE LÉGISLATEUR S'EMPARE D'UNE RÉALITÉ

Le législateur a pris acte d'une réalité qu'il a voulu contribuer à endiguer et a proposé des dispositifs de prévention pour l'avenir. L'ensemble de ces mesures peut donc être regroupé en deux catégories : celles visant à prévenir l'inaptitude et celles dont le but est de trouver une solution à l'inaptitude avérée.

1.2.1 Les outils pour prévenir

Pour circonscrire le phénomène, des garanties d'amélioration des conditions de travail ont peu à peu été posées. Le but était de maintenir les agents au travail dans un état d'aptitude au poste et à la fonction, notions également définies par les textes.

1.2.1.1 texte de référence pour l'aptitude à la fonction et au poste

La Fonction Publique hospitalière ne peut se satisfaire des nécessaires conditions d'aptitude générale exigées de ses agents. A ces conditions s'ajoute donc le besoin de répondre, en terme d'aptitude, aux contraintes spécifiques des fonctions voire du poste de travail .

- *de l'aptitude à la fonction...*

Pour prétendre à un emploi de la fonction publique, il est nécessaire au postulant de remplir les conditions générales de recrutement imposées par les textes. Ainsi, la loi du 13 juillet 1983 *portant droits et obligations des fonctionnaires* dispose, en son article 5 que « nul ne peut être fonctionnaire s'il ne remplit les conditions d'aptitude physique requises pour l'exercice de la fonction » .

La Loi du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière intègre, en son article 27 ces dispositions et les impose aux candidats désireux d'intégrer la fonction publique hospitalière en tant que stagiaire puis titulaire. Cependant, afin d'apporter une garantie supplémentaire à l'institution hospitalière, le législateur renvoie au décret n° 88-386 du 19 avril 1988, le soin de préciser « les conditions d'aptitude physiques ». En effet, à la différence des dispositions antérieures au statut de 1986, Code de la Santé Publique, article 809, il ne s'agit plus pour l'hôpital qui recrute d'examiner une aptitude générale mais bien de vérifier l'aptitude physique à des fonctions.

Alexandre FRITSCH - Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique - année 2000

Il convient de noter que dans la perspective de la titularisation, l'aptitude physique doit être totale : elle s'apprécie au regard de l'ensemble des tâches et non de certaines d'entre elles (Décision du Conseil d'Etat du 19 décembre 1994).

Le décret du 6 février 1991 relatif aux dispositions applicables aux agents contractuels, prend en compte l'importance quantitative non négligeable de cette catégorie de personnels au sein de la fonction publique et impose des critères de sélection semblables à ceux imposés aux titulaires. Le texte spécifie qu' «aucun agent contractuel ne peut être recruté s'il ne possède pas les conditions d'aptitude physique requises pour l'exercice de la fonction ».

Le contrôle de ces conditions suspensives à l'intégration comme contractuel, stagiaire ou titulaire de la fonction publique hospitalière est effectué par un médecin généraliste agréé. Il consiste pour le candidat à présenter, suite à consultation, un certificat médical attestant qu'il n'est atteint d'aucune maladie ou infirmité ou que les maladies ou infirmités constatées ne sont pas incompatibles avec l'exercice des fonctions auxquelles il postule.

L'intéressé peut, en cas de non délivrance d'un tel document, s'adresser à un médecin spécialiste agréé. En cas de litige, le Comité médical départemental peut être saisi ; les comités médicaux sont, en vertu du décret n° 88-386 du 19 avril 1988, chargés de donner un avis à l'autorité compétente sur les contestations d'ordre médical qui peuvent s'élever à propos de l'admission d'un candidat de la fonction publique hospitalière et du renouvellement des congés maladie. L'intéressé peut engager, en dernier ressort, une action devant Le Comité médical supérieur¹⁴. Cependant, l'administration n'est liée par aucun de ces avis qu'elle doit obligatoirement prendre en compte dans sa prise de décision, conformément à la jurisprudence dégagée de la décision Ministère de l'Education nationale contre Mademoiselle RIVE ¹⁵. D'autre part, des examens complémentaires peuvent être demandés au cas où des statuts particuliers prévoient des conditions d'aptitude physique spécifiques, ainsi que les moyens de

¹⁴ Le décret n° 88-386 du 19/04/88 indique également les procédures d'appel à disposition des personnels et des directions

¹⁵ Conseil d'Etat, 26 novembre 1983

vérification afférents, conformément à l'article 12 du décret n° 88-386 du 19 avril 1988. C'est ainsi par exemple que, dans la fonction publique hospitalière, les agents exposés aux rayonnements ionisants les conducteurs automobiles et les ambulanciers ont à justifier d'aptitudes spécifiques qu'ils devront posséder tout au long de l'exercice de leurs fonctions.

Ce contrôle continu et régulier sera effectué par le médecin du travail dont la mission initiale est de vérifier l'aptitude au poste proposé d'un candidat préalablement déclaré apte aux fonctions par le médecin agréé.

- à l'aptitude au poste

Le décret n° 85-947 du 16 août 1985 ¹⁶ prévoit, en dehors des visites annuelles et des visites pour reprise de travail, une visite médicale d'admission : « Tout agent fait l'objet, avant sa prise de fonctions, d'un examen médical par le médecin du travail. ». L'objet de chacun de ces examens est d'établir une « fiche d'aptitude » ¹⁷ qui comporte un certain nombre d'indications énumérées par l'arrêté du 11 juin 1990. Le but est de vérifier que le candidat n'est pas atteint d'une affection dangereuse pour son futur entourage, qu'il est médicalement apte au poste de travail auquel il postule voire de proposer des adaptations au poste ou une affectation sur un poste différent. Un exemplaire de cette fiche est remis à l'agent et un autre à l'administration. Lié par le secret médical, le médecin du travail ne peut y porter de diagnostic. En revanche, il est réglementairement tenu de se prononcer sur l'aptitude au poste de l'intéressé. Pour ce faire, il émet des contre-indications ou des recommandations.

Le législateur a donc confié au médecin agréé¹⁸, et plus encore au médecin du travail, le soin d'apporter les garanties d'aptitude physique d'un candidat à un poste de travail hospitalier. Les mesures prévues par les textes ne peuvent donc rien garantir si l'hôpital ne convainc pas les médecins du travail de l'importance de leur mission. En effet, si oser émettre des réserves dans une fiche d'aptitude

¹⁶ article R. 245-15 du Code du Travail

¹⁷ article R. 243- 23 du Code du Travail

¹⁸ un décret du 14/03/86 organise l'agrément de médecins en vue de l'établissement d'une liste des médecins agréés du département.

peut mettre en difficulté un individu, cela peut lui éviter un erreur de parcours dont l'institution et lui-même auront à souffrir des années durant.

Le maintien de l'aptitude d'un agent passe par des mesures générales établissant les garanties de bonnes conditions de travail. Le législateur a voulu les assurer non seulement aux employés du secteur privé mais aussi à ceux du secteur public et notamment aux personnels hospitaliers.

1.2.1.2 textes régissant les conditions de travail

Le Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail, une instance d'alerte et de conseil, a été institué pour aider à la mise en place des obligations légales (loi de 1991). Il organise son action par l'étude du bilan social et la participation au P.A.P.R.I.P.A.C.T..

- Le rôle du C.H.S.C.T.

Issu des Comités d'Hygiène et de Sécurité (C.H.S.) créés en 1947 après la mise en place de la Sécurité Sociale et des services médicaux du travail, les Comités d'Hygiène et de Sécurité des Conditions de Travail ont été institués par la Loi n° 82-1097 du 23 décembre 1982 et rendus obligatoires pour les établissements publics de santé. Détenteur d'un droit d'alerte en cas de danger grave et imminent, le Comité peut procéder à des inspections trimestrielles des installations. Mais il est également consulté pour avis sur l'ensemble des documents concernant les conditions de travail des agents.

- la loi de 1991 relative à la prévention des risques professionnels

La loi n° 91-1414 du 31/12/91 relative à la prévention des risques professionnels, en application de la directive européenne n° 89-391 du 12/06/89, impose à l'employeur d'élaborer et de mettre en place une démarche globale de prévention fondée sur l'application des principes généraux de prévention et sur une évaluation des risques.

La définition de ces principes généraux de prévention sont définis par l'article L 230-2 du Code du Travail, lui aussi issu de la directive européenne de 1989.

Ils sont au nombre de 9 :

- éviter les risques.
- évaluer les risques qui ne peuvent être évités.
- combattre les risques à la source.
- adapter le travail à l'homme, en particulier en ce qui concerne la conception des postes de travail ainsi que le choix des équipements , des méthodes de travail et de production en vue notamment de limiter le travail monotone et le travail cadencé et de réduire les effets de ceux-ci sur la santé.
- tenir compte de l'état d'évolution de la technologie.
- remplacer ce qui est dangereux par ce qui n'est pas dangereux ou par ce qui est moins dangereux.
- planifier la prévention en y intégrant, dans un ensemble cohérent , la technique, l'organisation du travail, les conditions de travail, les relations sociales et l'influence des facteurs ambiants.
- prendre des mesures de prévention collective en leur donnant la priorité sur les mesures de protection individuelle.
- donner les instructions appropriées aux travailleurs.

- Les indicateurs : Bilan social et P.A.P.R.I.P.A.C.T.

La rédaction annuelle d'un Bilan social, née de la Loi n° 77-769 du 12 juillet 1977, s'impose aux établissements publics de Santé conformément au décret du 7 octobre 1988. Cette réglementation ainsi que des circulaires ¹⁹ de 1990 et 1991 en précisent la procédure et le contenu. L'ambition de ce document étant de centraliser les informations nécessaires à la compréhension de la situation sociale d'un établissement, l'une de ses sept rubriques ²⁰ s'intitule : « Les Conditions de Travail » . Ce document annuel est présenté à l'ensemble des instances de l'établissement : C.H.S.C.T., Comité Technique d'Etablissement (C.T.E.), Commission Médicale d'Etablissement (C.M.E.)et Conseil d'Administration.

¹⁹ circulaire du 1^{er} février 1990, circulaire du 21 mars 1991

²⁰ les 7 rubriques du bilan social : l'emploi, les rémunérations et charges accessoires, les conditions d'hygiène et de sécurité, la formation, les relations professionnelles, les autres conditions de vie relevant de l'établissement.

Le Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (C.H.S.C.T.), pour répondre à sa mission de d'amélioration des conditions de travail, à la prévention et à l'analyse des risques professionnels et des conditions de travail, se voit présenter un P.A.P.R.I.P.A.C.T.. Ce Projet Annuel de Prévention des RISques Professionnels et d'Amélioration des Conditions de Travail (P.A.P.R.I.P.A.C.T.) est présenté au moins une fois par an en vertu de la loi de la loi du 31 décembre 1991 rappelant l'article L 236-4 du Code du Travail. Selon ces dispositions législatives : « ce programme est établi à partir des analyses définies au deuxième alinéa de l'article L 236-2 et s'il y a lieu, des informations figurant au bilan social défini à l'article 438-1 . Il fixe la liste détaillée des mesures devant être prises au cours de l'année à venir dans les mêmes domaines (...) , il précise pour chaque mesure, ses conditions d'exécution et l'estimation de ses coûts. » Ce programme constitue une obligation réglementaire soumise à l'avis du C.H.S.C.T. qui peut proposer un ordre de priorité dans les mesures de prévention présentées ainsi que l'adoption de mesures supplémentaires. En fait, il s'agit pour l'employeur de démontrer sa volonté d'élaborer des savoir-faire de prudence, point d'ancrage d'une politique de prévention intégrée au travail. L'objectif est d'épargner, de sauvegarder la santé des salariés et par là même de maintenir une certaine qualité de vie au travail.

Cependant ces mesures montrent leurs limites quand un agent a perdu, temporairement ou non, l'aptitude nécessaire à l'exercice de ses fonctions. Dès lors, le Directeur des ressources humaines peut puiser dans les outils normatifs établis pour traiter au mieux la situation.

1.2.2 Les outils pour guérir

Le titre IV du Statut Général des fonctionnaires hospitaliers prévoit, en sa section 3 ²¹, le reclassement pour raison de santé et ménage une place légale à l'aménagement des postes.

1.2.2.1

Définition juridique des postes aménagés

« 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 au poste de travail n'est pas possible, ils peuvent être reclassés dans des emplois d'un autre corps, s'ils ont été déclarés en mesure de remplir les conditions correspondantes. » L'article 71 de la loi de 1986 précitée montre combien le législateur a entendu marquer sa priorité pour l'adaptation du poste, c'est à dire pour le poste aménagé, par rapport à la solution du reclassement qui n'est qu'une solution de rechange.

de l'adaptation du poste...

Le décret d'application pris par la section sociale du Conseil d'Etat le 8 juin 1989 ²² décline les modalités d'application de l'aménagement de poste en les élargissant de manière non négligeable. De même, l'aménagement peut intervenir non seulement pour le reste de sa carrière mais également pour une durée limitée. En effet, il ne s'agit plus ici de prendre en compte une inaptitude définitive due à l'état physique de l'agent mais le simple fait que le « fonctionnaire n'est plus en mesure d'exercer ses fonctions, de façon temporaire ou permanente,... » ²³.

²¹ loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, Chapitre V *Notation, Avancement, Reclassement*, Section 3 Reclassement pour raison de santé, articles 71 à 76

²² Décret n°89-376 du 8 juin 1989 pris pour l'application de la loi n° 89-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière

²³ article 1 du décret du 8 juin 1989

Le Conseil d'Etat prévoit ici un « traitement social de première intention » puisqu'aucune référence n'est faite à un avis médical. Cet arrangement reste cependant conditionné à la capacité de prise en charge, par l'équipe, du surcroît de travail ainsi généré. En effet le texte prévoit la possibilité de poste aménagé « si les nécessités du service ne permettent pas un aménagement des conditions de travail ».

...au poste aménagé

C'est de l'article 1^{er} du décret du 8 juin 1988 que l'on peut dégager la définition juridique et les conditions d'obtention d'un poste aménagé. Le poste aménagé est un poste de travail dans lequel les conditions de service sont de nature à permettre, à un fonctionnaire hospitalier empêché d'exercer ses fonctions de façon temporaire ou définitive, d'assurer des fonctions correspondant à son grade. L'intéressé y est affecté par l'autorité investie du pouvoir de nomination, après avis du médecin du travail, dans l'hypothèse où l'état du fonctionnaire n'a pas nécessité l'octroi d'un congé de maladie, ou du comité médical, si un tel congé a été accordé.

Ce n'est donc pas un « sous-travail » que le législateur a prévu en « seconde intention » : il s'agit d'un poste vacant, donc préexistant et répondant à un besoin de l'hôpital. L'agent pourra ainsi mettre en œuvre ses compétences malgré un état de santé ne lui permettant plus d'assurer ses fonctions sur un poste plus lourd. Le législateur ne prévoit donc pas de postes aménagés par nature. Dans ces conditions il semblerait qu'il ne soit pas permis de parler de postes aménagés mais de postes pouvant accueillir des personnels ne présentant plus une aptitude pleine et entière à l'ensemble des fonctions pour lesquelles ils ont été recrutés. La pratique contredit ici la théorie et a sans doute contribué à complexifier le traitement des personnels concernés.

1.2.2.2 Définitions juridiques du reclassement

L'article 71 de la loi de 1986, prévoit la possibilité de reclassement du fonctionnaire reconnu inapte à l'exercice de ses fonctions (conformément aux critères du décret du 8 juin 1989), « lorsque l'adaptation du poste de travail n'est pas possible ». C'est une mobilité interne spécifique, basée sur le

volontariat de l'agent et fonction de son aptitude. Le reclassement, en vertu de l'article 2 du décret du 8 juin 1989, s'effectue :

- soit par l'affectation dans un emploi d'un autre grade du même corps
- soit par l'affectation dans un emploi d'un autre corps

Les agents peuvent être reclassés pour raison de santé, conformément à l'intitulé de la section 3 du Chapitre 5 du statut des fonctionnaires hospitaliers ²⁴. Ce reclassement peut s'effectuer :

- par la voie du détachement
- par la voie de l'intégration
- par la voie du recrutement

- Les conditions communes

Pour être ainsi reclassé, le fonctionnaire hospitalier doit avoir été reconnu inapte aux fonctions qu'il exerçait précédemment. Cette inaptitude, ainsi que l'aptitude aux fonctions envisagées, sont constatées par le comité médical départemental si l'agent s'était vu octroyer un congé de maladie. Si tel n'était pas le cas, le médecin du travail doit rédiger une fiche d'aptitude de l'intéressé. Le fonctionnaire peut alors présenter une demande expresse de reclassement auprès du chef d'établissement, autorité de nomination. Au vu de l'avis médical, le directeur peut reclasser l'agent pour raison de santé.

- Les différentes modalités

le détachement

principe

L'article 51 du Statut de la fonction publique hospitalière définit le détachement comme la position du fonctionnaire placé hors de son corps d'origine ou , de son emploi d'origine. Dans le cadre du reclassement, l'article 73 du statut de la fonction publique hospitalière précise qu'il est effectué dans «dans un cadre ou un emploi de niveau équivalent ou inférieur ».

Le détachement pour raisons de santé est précisé par les articles 3 et 4 du décret du 08 juin 1989. Ainsi, les dispositions statutaires qui subordonnent le

²⁴ voir note n° 7

détachement à l'appartenance à certains corps, de même que celles qui fixent des limites d'âge supérieur en matière de détachement, ne peuvent être opposées à l'intéressé. Le fonctionnaire conserve son droit à avancement et à retraite dans son corps d'origine.

durée du reclassement

Position révocable, le détachement n'est pas irréversible. Il est accordé par périodes d'un an ²⁵ à l'issue desquelles l'inaptitude au poste d'origine est examinée. Si l'aptitude est reconnue, l'agent réintègre son grade et son corps d'origine ; à défaut, et si l'inaptitude est toujours considérée comme temporaire, une nouvelle période de détachement est accordée. Si l'inaptitude revêt un caractère définitif, l'intégration dans le nouveau corps est envisagée.

classement

Le fonctionnaire est alors classé à un indice égal (ou à défaut immédiatement supérieur) à celui détenu dans son grade d'origine. Le détachement effectué dans un corps d'accueil hiérarchiquement inférieur peut empêcher le classement à indice égal ou immédiatement supérieur ; dans ce cas, l'agent est placé à l'échelon terminal du grade le plus élevé du corps d'accueil et conserve, à titre personnel, l'indice détenu dans son corps d'origine.

l'intégration

principe

L'intégration est un moyen, pour un fonctionnaire détaché pour raison de santé dans un grade, d'entamer une nouvelle carrière au sein du corps dans lequel il avait bénéficié de ce détachement. L'intégration est effectuée à la demande de l'intéressé selon les dispositions particulières des corps et grade concernés après avis favorable du comité médical départemental ; le candidat doit notamment justifier des services effectifs nécessaires (ancienneté dans le corps de détachement). Il devra alors, sans qu'aucune limite d'âge ne lui soit opposable satisfaire au mode de sélection retenu par les statuts particuliers du corps et du grade. Conformément aux articles 29, 32, et 35 du statut, il peut s'agir d'un

²⁵ article 73 du Statut des fonctionnaires hospitaliers

recrutement sans concours ²⁶ (article 32), d'un recrutement sur liste d'aptitude après avis de la Commission administrative Paritaire (C.A.P.) ou examen professionnel (article 35), voire d'un recrutement sur concours (article 29). Il est à noter que sur proposition du comité médical départemental, les épreuves de sélection peuvent être fractionnées et les conditions d'aptitudes physiques aménagées.

la durée du reclassement

C'est une nouvelle carrière pour l'agent, elle peut aller jusqu'à l'admission à la retraite.

le classement

L'intégration s'effectue selon les mêmes règles que celles du détachement à un corps de même grade ou de grade inférieur.

le recrutement

le principe

L'accès à un corps ou un emploi de niveau inférieur équivalent ou supérieur reste néanmoins possible pour le fonctionnaire devenu inapte à l'exercice de ses fonctions (l'agent peut postuler qu'il soit en arrêt de travail, en congé de longue maladie ou en congé de longue durée). Dans ce cas, l'aménagement des règles de sélection, les exigences d'ancienneté et l'obligation de présenter un avis favorable du comité médical départemental s'imposeront de la même manière que dans le cadre de l'intégration.

la durée du reclassement

L'accès à un corps de niveau supérieur n'est possible que par la voie du recrutement qui ouvre une nouvelle carrière à l'agent.

²⁶ la loi n° 85-517 du 10 juillet 1987 en faveur de l'emploi des travailleurs handicapés regroupe dans le même dispositif : fonctionnaires reclassés , fonctionnaires bénéficiant d'une allocation temporaire d'invalidité, travailleurs dont le handicap est reconnu par la C.O.T.O.R.E.P., agents bénéficiaire d'une pension d'invalidité du régime général de la sécurité sociale suite à accident du travail ou maladie professionnelle, emplois réservés.

le classement

La durée des services, correspondant à l'ancienneté nécessaire pour atteindre l'échelon dans lequel l'intéressé a été classé ; est assimilée à une durée des services effectifs dans le nouveau corps.

Malgré l'arsenal juridique visant à aider l'hôpital à repositionner les agents en poste aménagé au mieux de leurs capacités et des intérêts de l'établissement, la multiplicité des actions engagée par les établissements publics de santé ne s'est pas inscrite dans la mise en œuvre d'une politique globale.

1.3 ACTIONS ET REFLEXIONS NON CONSTITUTIVES DE POLITIQUES GLOBALES

"Aux Hôpitaux de Toulouse, cela fait trente ans que l'on se plaint des postes aménagés. Au début, les syndicats ont refusé tout protocole. Mais avec l'importance prise par ce problème, nous avons accepté, voire encouragé la mise en place de dispositifs qui n'ont pas pu fonctionner longtemps, faute de volonté politique. Alors il a fallu reprendre la réflexion et attendre que tout le monde s'y mette." Cette déclaration d'un responsable syndical du C.H.U. illustre parfaitement les causes qui ont amené à repenser la gestion des postes aménagés à Toulouse.

1.3.1 De l'échec au renouveau de la réflexion

Le dossier postes aménagés de la direction des ressources humaines du C.H.U. porte encore les traces de l'échec de la procédure antérieure et les réflexions auquel il a porté.

- Le constat d'échec de 1990

Le C.H.U. de Toulouse connaît depuis longtemps le problème de l'inflation des postes aménagés et a essayé de le traiter à plusieurs reprises depuis plus de dix ans. Cependant les actions n'ont pas atteint les objectifs et , le 12 juillet 1990

était « suspendu le fonctionnement de la *Commission des « Postes Aménagés »*, dans l'attente d'une réflexion sur une nouvelle procédure. » ²⁷

Les raisons de cette interruption étaient l'impuissance de l'outil mis en place face à la forte augmentation des demandes de postes aménagés. En effet, en 1990, le C.H.U. constate déjà un double problème.

D'une part, on assiste à l'augmentation croissante des agents présentant un handicap. « Le personnel, hospitalier appartient de plus en plus à une population stable, en grande partie féminine, avec les risques accrus de problèmes socio-familiaux que cela implique ; population vieillissante par conséquent, dont l'aptitude initiale tend naturellement à se modifier ou à se restreindre. » (28). D'autre part, le manque de renouvellement du personnel empêche le recrutement en surnombre qu'imposeraient les mutations consécutives au placement des agents demandeurs sur poste aménagé. Retirer de leur poste les personnes en partie inaptes pénaliserait donc les services d'origine, en générale des unités de soins. Déjà l'exercice budgétaire 1990 traduit la volonté des pouvoirs publics de réguler les dépenses de santé et cette année là, les effectifs sont en baisse. Face à cette réalité, l'outil de régulation des postes aménagés, la commission, constituait paradoxalement un dispositif inflationniste. Le reclassement professionnel (29), non géré par la commission, n'était pas encouragé et grippait le dispositif. Le recensement des postes aménagés n'avait pu être réalisé entièrement et sa mise à jour aurait demandé un suivi informatique difficile à mettre en place. Les difficultés rencontrées faisaient envisager l'adoption d'une procédure plus rigoureuse permettant de concilier des intérêts sociaux et certains impératifs de gestion.

Malgré tout, au vu de l'importance du problème, les agents alors en poste allégé continueraient d'être suivis, le C.H.S.C.T. débattrait prochainement des pistes d'action à envisager en remplacement de la Commission des « Postes

²⁷ Note de synthèse de la D.R.H. du C.H.U. de Toulouse sur les « Postes aménagés », 1990

²⁸ confer supra, note précédente

²⁹ voir infra

aménagés » qui allait « reprendre son fonctionnement de manière officieuse » (30).

La recherche d'un nouveau dispositif continuait donc.

1.3.1.1 La tentative de 1994

Le 3 mars 1994 était constitué un groupe de travail « Postes aménagés » à la direction des ressources. Sa mission d'étude consistait à arrêter et préciser les orientations d'une politique ressources humaines dans ce domaine. La réflexion du groupe de travail avait été très riche, remettant à plat l'ensemble des actions déjà ébauchées pour dresser un bilan et présentant des pistes de travail particulièrement intéressantes et novatrices. Tous les germes de la politique actuelle étaient déjà présents en 1994 : Inventaire des postes, validation des supports d'évaluation, affirmation du principe de contractualisation, consensus sur la définition des postes aménagés et réexamen des aménagements en cours.

Le dossier "postes aménagés" est illustré par cette réflexion qui subsiste jusqu'en 1997. Notes, accumulation d'expériences, débats du C.H.S.C.T. ou réflexions syndicales n'ont pas abouti avant 1998, date à laquelle une politique globale qui s'inspirait de tous ces acquis a été lancée.

1.3.2 La mise en place une politique d'établissement pour les postes aménagés : de la réflexion à l'action

Mettre en place une politique pour endiguer l'inflation des postes aménagés demande une stratégie, c'est à dire « un ensemble d'actions coordonnées, de manœuvres en vue d'une victoire »³¹. La victoire sur les postes aménagés est un objectif à définir qualitativement et quantitativement par le chef d'établissement sur proposition du directeur des ressources humaines. Quand les actions ne sont plus coordonnées ou que l'objectif n'est plus considéré comme prioritaire la

³⁰ confer supra, note n° 25

³¹ définition du dictionnaire Le Petit Robert

stratégie se délite mais les postes aménagés ne demeurent pas : ils augmentent en nombre.

Pour la fonction publique hospitalière, mettre ainsi au banc une partie de ses effectifs grèverait l'accomplissement de sa mission de soin, dégraderait les conditions de travail, démotiverait les personnels et amènerait des conflits sociaux. Les établissements hospitaliers ont prioritairement répondu aux problèmes individuels, ce qui s'est longtemps accompagné d'embauches en sureffectif. Rares sont encore les protocoles durables et efficaces qui expriment une connaissance complète de la population employée, (ce qui constitue le fondement d'une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences).

Soucieux d'optimiser les ressources humaines présentes à l'hôpital, des enseignements ont été tirés des expériences antérieures. De nouveaux moyens de gestions ont donc été mis en place.

2 -LES NOUVEAUX MOYENS DE GESTION DES POSTES AMÉNAGÉS

Le C.H.U. de Toulouse, sous l'impulsion de sa Direction des Ressources Humaines et grâce à la mobilisation du chef de projet désigné, a pu bâtir un protocole efficace de gestion des Postes aménagés. L'ambition initiale de cette action était, et demeure, double. Un traitement curatif et un traitement préventif de ce processus d'exclusion, constitué par la mise en poste aménagé, sont aujourd'hui encore menés. Cependant la connaissance nécessaire de ce problème faisait du curatif un préalable nécessaire à la mise en place de mesures préventives adaptées aux agents de l'établissement. C'est pourquoi il convenait de présenter l'organisation du traitement et du suivi des postes aménagés avant que de traiter la prévention de la fatigue professionnelle.

2.1 L'ORGANISATION DU TRAITEMENT ET DU SUIVI DES P.A., L'EXPÉRIENCE DE TOULOUSE

2.1.1 Mesurer le phénomène

Le but était de maintenir les agents au travail dans un état d'aptitude au poste et à la définir cerner le phénomène, des garanties d'amélioration des conditions de travail ont peu à peu par les textes.

De même que le traitement des difficultés existantes permet de trouver les outils efficaces d'anticipation, la remise à plat des situations nécessite de mesurer, en le qualifiant précisément, le "phénomène" postes aménagés sur l'établissement.

La définition légale et réglementaire du poste aménagé ne suffit pas. Tout l'établissement doit s'approprier la notion et la définir. Ainsi l'ensemble des acteurs peut aller à la recherche des postes aménagés avant de créer la liaison poste-agent et d'établir le contact avec l'agent.

2.1.1.1 définir en commun la notion : un préalable impératif

Malgré l'existence d'une définition juridique, nous avons constaté l'absence de consensus autour de la notion de poste aménagé. Cette équivocité de la notion provient d'une double difficulté : établir l'ensemble des situations pouvant amener un agent à briguer un poste aménagé et délimiter les adaptations envisagées. Une mère célibataire peut-elle prétendre à un poste aménagé et les aménagements horaires sont-ils constitutifs d'un poste aménagé ? Cette double difficulté est accentuée par le jeu traditionnel des acteurs hospitaliers. En effet, les médecins du travail ont longtemps adopté une attitude très protectrice des intérêts pécuniaires de l'agent, de même que les partenaires sociaux qui prolongeaient traditionnellement leur action collective par la défense individuelle inconditionnelle des agents. Face à ces a priori, l'administration et, au final, le responsable de l'établissement était cantonné dans le rôle de l'insensible garant de l'intérêt général de l'établissement. C'est ce qu'évoque le D.R.H. du C.H.U. de Besançon quand il explique l'impossibilité d'obtenir de psychiatres des certificats d'inaptitude totale au travail pour des agents manifestement et pratiquement incapables de maintenir une relation de travail sur quelque poste que ce soit. Un lien préalable entre les différents partenaires est donc à tisser au travers de la définition commune du poste aménagé et de l'agent pouvant y prétendre. C'est cette démarche qui, au C.H.U. de Toulouse, a initié le *Processus d'élaboration d'un protocole d'intervention et d'évaluation permanente des agents en poste aménagé*.

En premier lieu, il convient de rappeler le consensus autour d'un constat et d'une ambition : « les agents sont dans une situation d'exclusion contre laquelle il faut lutter pour la transformer en contrat de réinsertion ». Cette motivation a permis au D.R.H. la désignation, en mai 1998, d'un chef de projet issu du monde soignant : une Cadre Supérieure Infirmière de la Direction des Services de Soins Infirmiers (D.S.S.I.). Celle-ci a pu travailler à élaborer, en liaison avec la D.R.H., la Direction de la Formation ainsi que les directions et l'encadrement infirmier des sites du C.H.U., une définition large – c'est à dire non exclusive - des Postes Aménagés : « Une personne est considérée comme relevant d'un « poste

aménagé » quand elle introduit la nécessité, pour des raisons d'ordre médical, social et/ou autre, de façon temporaire ou durable,

- d'organiser, dans un secteur donné, des aménagements individuels et/ou collectifs des conditions de travail,
- ou de réserver un poste de travail présentant des caractéristiques spécifiques.

Ces aménagements visent à mettre en adéquation les exigences du poste de travail avec les aptitudes individuelles de la personne.

La demande de « poste aménagé » et sa durée doivent être légitimées et contractualisées par les autorités compétentes. »

Ce sont ensuite les médecins du travail et les assistantes sociales qui ont défini les critères sociaux et médicaux introduisant la nécessité des aménagements des conditions ou du poste de travail. Les partenaires sociaux, bien que non associés à cette élaboration, ont validé le *Projet postes aménagés* dans le cadre du C.H.S.C.T..

On peut s'étonner que les syndicats n'aient pas participé au groupe de travail du C.H.U. de Toulouse. D'autres établissements, tel le Centre hospitalier de Lagny-Marne-La-Vallée, les ont associés à leur réflexion. Dans cet hôpital, aucun processus de définition préalable n'a été initié mais le traitement de l'aménagement est organisé et associe activement les syndicats. Ces deux options, pour des actions ayant toutes deux donné satisfaction, ne sont qu'apparemment paradoxales. En effet, si une définition acceptée de tous s'avère nécessaire, elle doit être le reflet des particularités voire des particularismes de l'établissement et les conditions de sa mise au point importent peu au regard de la conviction emportée auprès de l'ensemble des acteurs de l'hôpital. A Toulouse, le Groupe Postes aménagés s'était interrogé sur la place à accorder aux syndicats : « soit ils ne sont que des défenseurs du personnel (rôle individuel) soit ce sont des partenaires qui donnent leur propre éclairage sur la gestion des Ressources humaines (rôle collectif). Il est envisagé que, dans un premier temps, les syndicats ne participent pas aux commissions locales mais à la commission centrale, lorsqu'un agent dont la situation est étudiée en fait la demande. » Cette définition, ainsi que les critères afférents, étaient alors homogénéisés entre tous les sites du C.H.U. de Toulouse, ce qui permettait de passer à la première étape du protocole : le recensement des postes et la prise de contact avec les agents concernés.

2.1.1.2 organiser le recensement et joindre les individus

Le recensement est une étape très difficile. En effet, la recherche d'informations fait souvent peur aux agents ce qui la rend particulièrement délicate. C'est ensuite une démarche de terrain, démarche pointilliste qui demande, comme l'ensemble des actions sur les postes aménagés, beaucoup de temps et d'énergie.

- la difficulté de collecte des informations

L'action du C.H.U. de Toulouse a pour principale singularité d'avoir eu l'ambition et d'avoir réussi à établir la listes des postes aménagés de son établissement. Cette étape n'est pas envisagée par tous les établissements ; il semble en effet que dans les centres hospitaliers non C.H.U., cette recherche ne constitue pas une priorité. Des hôpitaux de niveau départemental, comme les établissements de Lagny-Marne –La-Vallée et celui de Pau, paraissent préférer gérer la fatigue professionnelle au fur et à mesure de l'apparition des demandes de postes allégés. L'argument principal de ce choix est que la taille plus modeste de ces établissements permet une gestion de proximité ne nécessitant pas ce genre d'investigation. Cependant, les C.H.U. ayant tenté ce recensement avouent l'extrême difficulté à faire remonter ce type d'information des services de soins. La gestion des postes aménagés à Toulouse s'était précédemment délitée face à cette difficulté. Or le recensement des postes aménagés semble le seul moyen de décrire l'importance réelle d'un phénomène constaté empiriquement au quotidien. A défaut, l'inflation des postes aménagés, largement ressentie, ne repose pas sur des données exhaustives. Cette objectivation permet de justifier l'action à impulser par le Directeur des Ressources Humaines dans un établissement.

Le recensement est l'œuvre du groupe de travail mais s'appuie sur un chef de projet motivé qui, à plein temps, pendant la durée de sa mission, coordonne ce travail artisanal et fragmenté.

- Une démarche pointilliste

La méthodologie établie pour cette étape a été de mettre sur pied non seulement une commission centrale mais aussi des commissions locales. Les commissions locales ont pour principale mission d'assurer une mise à jour régulière et permanente, selon les critères communs définis au C.H.U., de la liste des agents en poste aménagé en fin de chaque trimestre. Chaque commission est composée :

- d'un ou plusieurs représentants du service de la Médecine du Travail du site concerné
- d'un ou plusieurs représentants de la Direction des Ressources Humaines du site concerné
- de l'assistante sociale du personnel du site
- de l'Infirmière ou de l'Infirmier Général
- de cadres supérieurs infirmiers s'il y a lieu (2 au maximum)
- du chef de projet qui assiste à l'ensemble des commissions du C.H.U. afin d'assurer l'harmonisation des actions.

Les membres de ces commissions ont dans un premier temps effectué l'inventaire administratif initial des agents sur postes aménagés de leur site. A ce niveau d'investigation, les précédentes expériences du C.H.U. en ce domaine ont permis de mobiliser la mémoire administrative, sociale et médicale de l'établissement. C'est ainsi que le 31 décembre 1998, le C.H.U. de Toulouse connaissait, pour la première fois, le nombre exact de ses postes aménagés, identifiant précisément les agents et leur unité ou service d'affectation. La plupart des acteurs de l'hôpital estimait leur proportion à 20%, tant le ressenti était fort. Le pourcentage réel, quoique moindre, demeurait important avec 12,30% des personnels non médicaux soit 1117 agent sur l'ensemble de l'établissement inégalement répartis dans les établissements du C.H.U..

On constate en effet dans le tableau ci dessous que les services exclusivement administratifs et logistiques (Central) sont bien moins touchés par ce phénomène que les établissements de soins (à l'exception de Salies, centre de rééducation). On remarque qu'un agent sur cinq est en poste aménagé sur le site de La Grave, consacré à la maternité, la gériatrie, la psychiatrie et l'odontologie.

ETABLISSEMENT DE GESTION	CENTRAL (1)	PURPAN	RANGUEIL	LA GRAVE CASSELARDIT (2)	HÔPITAL D'ENFANTS	SALIES	TOTAL PAR ÉTABLISSEME NT
Nombre d'agents en poste aménagé	120	386	287	216	99	9	1117
Effectifs * au 01/01/19 99	1349	3032	2760	1024	818	101	9084
Taux de Postes aménagés 1998	8,90%	12,73 %	10,40%	21,10%	12,8%	8,91 %	12,30%

Source : livret Etat des effectifs au 11/12/98

*effectifs au 01/01/99 = effectifs personnel non médical hors Contrats à durée déterminée (personnes physiques)

(1) Central = Siège + Logistique

(2) La Grave Casselardit : comprend les effectifs des budgets annexes

L'inventaire administratif ne pouvait constituer un instrument de gestion des postes aménagés qu'à la condition d'être couplé à un suivi tant quantitatif que qualitatif des postes aménagés et seul l'outil informatique offrait la possibilité de rentabiliser cette recherche continue d'information. Les premières données sur les agents étant recueillies, le recensement des postes commençait. Le croisement des données nécessitait la collecte d'informations à caractère personnel sur les agents. Cependant, la constitution et la mise à jour d'un fichier d'agents ne pouvaient constituer une atteinte à leurs droits et libertés. C'est pourquoi le groupe de réflexion a demandé à la Commission Nationale Informatique et Liberté (C.N.I.L.) l'autorisation d'établir un tel fichage.

Conformément à la législation, le fichier fut déclaré et l'ensemble des personnels prévenu individuellement.

Le recensement n'est qu'un support qui sera exploité globalement mais devra permettre le ciblage précis des agents afin de leur assurer ultérieurement un traitement individuel adapté et attentif.

2.1.1.3 vérifier les besoins de P.A. des personnes, identifier leur poste, joindre les agents

Presque dans le même temps, le Chef de Projet est allé à la rencontre de l'ensemble des cadres de terrain afin d'obtenir l'identification précise de chaque poste et de veiller à l'exhaustivité du recensement. Ce second recensement, d'ordre quantitatif a été suivi d'une analyse qualitative.

Il s'est alors agi , pour le chef de projet, de réaliser un entretien semi-directif auprès de chaque cadre ou responsable du site concerné (les cadres supérieurs ayant été prévenus de la démarche). Le but de ces entrevues est la collecte d'informations concernant, pour chaque poste aménagé, les exigences de la situation de travail et les effets de ce travail sur l'agent. Les indicateurs servant à évaluer la situation de travail sont :

- le contenu du poste : compétences réelles de l'agent et réserves émises sur ses possibilités
- les conditions de réalisation du travail par rapport aux réserves émises
- l'organisation du travail par rapport aux compétences réelles
- la qualité des relations professionnelles avec l'équipe et avec le public

L'absentéisme demeure l'indicateur unique des effets de ce travail sur l'agent.

L'intérêt du *Projet postes aménagés* apparaît encore à ce stade puisque le Chef de projet, lors des entretiens, a rencontré des cadres qui ne connaissaient pas les restrictions d'aptitude de leurs agents sur poste adapté. Cette étape n'a donc pas servi seulement à une remontée d'informations en vue de l'élaboration d'une stratégie mais parfois aussi à une prise de conscience des équipes de terrain.

L'ensemble de ces renseignements a été groupé sur une grille d'analyse élaborée en vue d'une saisie informatique globale permettant l'exploitation et la

transmission des informations à la direction et à l'ensemble des gestionnaires de ce dossier.

Cette analyse est qualitative en ce qu'elle permet de dégager les problématiques centrales de l'ensemble des situations de travail des agents sur poste aménagé. Celles-ci s'expriment au travers des notions d'adéquation partielle poste/agent et d'adéquation totale poste/agent, les agents travaillant dans le cadre de leur emploi initial ou d'un emploi différent. La notion d'emploi se rapporte au contenu professionnel du poste réellement occupé selon qu'il ressort ou non du grade de l'agent. Les niveaux d'adéquation s'expriment à partir du degré de cohérence entre travail, compétences et réserves émises.

Dès le mois de mai 1999, la situation des agents en poste aménagé était analysée au travers des données recueillies sur un échantillon représentatif de 128 postes représentant 11 catégories professionnelles sur 14 sites. Les résultats étaient les suivants :

74,13% des situations de travail exprimaient une adéquation totale poste/agent. Les agents compétents dans leur emploi étaient, pour une légère majorité de 52,32%, des agents exerçant une mission différente de celle attribuée à leur grade.

25,87% des situations révélaient une adéquation partielle poste/agent. Ces agents étaient, pour une grande majorité de 73,32%, des agents exerçant une mission différente de celle attribuée à leur grade. Leur inaptitude naissait de la nature du travail qui ne leur convenait pas, des conditions de travail qui ne prenaient pas en compte les réserves émises, des incompétences et difficultés relationnelles non gérables par les services, voire un cumul de plusieurs de ces facteurs.

Le premier pas vers l'agent (la lettre d'information sur le fichier déclaré à la C.N.I.L.) avait déjà fait réagir des agents. Certains s'étaient en effet insurgé contre le *label poste aménagé* de leur poste de travail. Il fallait donc voir ces personnes pour dresser un bilan objectif de leur situation avec leur coopération. Au fur et à mesure, la médecine du travail, ainsi que les psychologues et assistantes sociales de l'établissement ont pris rendez-vous avec l'ensemble des

personnels concernés. Dans le respect de la confidentialité exigée des règles de déontologie, des fiches d'aptitude et de liaison ont été remplies (aptitudes médicales, psychologiques, fiche de liaison sociale).

Les commissions des postes aménagés étaient alors en mesure de commencer leur action. Les commissions locales ont examiné la nécessité d'allègement de poste, l'adéquation entre le poste aménagé actuel et les compétences de l'agent et les possibilités d'affectation sur le site hospitalier concerné. La commission centrale n'est intervenu que pour examiner les possibilités de mutation ou de permutation inter- établissements dans le cas où la pathologie de l'agent présente une contre-indication totale avec la nature de l'établissement concerné.

Ce dispositif permet donc d'initier une démarche basée sur les besoins de l'établissement mais centrée sur les individus : l'inscription des agents dans un parcours professionnel. Il offre la possibilité de remettre à plat toutes les situations actuelles et de revenir éventuellement sur des acquis dans l'octroi des postes moins lourds au vu du réexamen individuel de chaque cas.

2.1.2 Réexaminer des situations pour individualiser des solutions

Afin d'engager l'établissement dans une politique il faut faire montre aux agents et à la tutelle d'une réelle volonté de parvenir au but défini. En affichant un objectif quantifié de résorption des postes aménagés, il devient possible d'aller vers l'agent. On peut alors, dans un souci de cohérence pour celui-ci, et de clarification pour l'établissement, réexaminer les situations. dès lors est envisagé un retour aux fonctions initiales ou, à défaut, toute autre solution adaptée, proposée à l'agent par contrat.

Ce dispositif, malgré ses limites, est d'ors et déjà un succès.

2.1.2.1 afficher l'objectif

- La contractualisation externe A.R.H.

Les plans d'action concernant les postes aménagés ne sont pas souvent exprimés comme une priorité de l'établissement. Leur développement a souvent été

Alexandre FRITSCH - Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique - année 2000

victime non de leur manque d'ambition mais de leur confidentialité. La discrétion du travail de groupe a souvent pour ambition de ne pas inquiéter les agents. Or le secret ne peut rassurer tant l'hôpital, souvent décrit comme une ville dans la ville, est un lieu où circule la rumeur. C'est ce qui a expliqué la volonté du C.H.U. de Toulouse non seulement d'afficher son plan d'action mais encore de le rendre opposable à ses agents et à la tutelle en contractant avec l'Agence Régionale d'Hospitalisation. L'établissement s'est ainsi engagé, dans son Contrat d'Objectifs et de Moyens 1998-2000 à réduire de 30% le nombre d'agents en poste aménagé.

« Le C.H.U. réduira de 30% en trois ans le nombre des personnes justifiant un poste aménagé, par deux actions principales :

- - une politique de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail débattue par le C.H.S.C.T. précisera le moyen de réduire les situations de travail génératrices d'inaptitudes (charge physique et mentale, réduction du nombre de journées perdues pour accident du travail...)
- des commissions locales d'établissements réunissant l'ensemble des acteurs concernés seront mobilisées pour passer d'une liste de postes aménagés, figée dans le temps et l'espace, qui enferme la personne dans une situation d'exclusion, à la notion d'adaptabilité de tout poste de travail, dont l'aménagement ne peut avoir qu'un caractère provisoire, afin de réinsérer chaque agent dans une fonction conforme à sa qualification. »

Inscrire la résorption du nombre de postes aménagés dans le contrat d'objectifs et de moyens dénote une stratégie ambitieuse et une volonté réelle qui peuvent être opposées à l'ensemble des acteurs.

2.1.2.2 encourager le retour à un poste de même nature

Le retour des agents en poste aménagé sur un poste correspondant au niveau de formation de leur fonctions précédentes n'est pas une priorité de doctrine. Si certains arguments financiers ou de bonne gestion des ressources humaines le justifient souvent, des exceptions notables demeurent.

Le retour permet une adéquation entre les effectifs mandatés en équivalent temps plein par catégorie de personnel et la réalité des postes de travail, ce qui est important. En effet, comment justifier auprès de la tutelle des embauches de soignants à la création d'un poste sur une activité nouvelle quand il est possible, sur le papier de redéployer les effectifs ?

Il n'est pas envisageable de faire jouer aveuglément cet argument financier, malgré sa justesse. Car l'activité de soin (notamment) peut se révéler incompatible avec l'affectation d'agents présentant des restrictions d'aptitude.

En revanche, l'étude du profil des personnels en poste aménagé peut poser le retour vers fonctions d'origine comme un objectif pragmatique prioritaire. On a vu plus haut que dans cas d'inadéquation partielle entre poste et individu, 73,32% des agents exerçaient une mission différente de celle attribuée à leur grade ; ceci correspond à 228 individus. Le travail d'agents devenus inaptes sur leur poste initial est donc plus difficile. Les fonctions proposées pour l'aménagement sont rarement d'un niveau de qualification équivalent. Un aide-soignant ne pouvant plus soulever un malade se trouve souvent contraint d'exercer les fonctions de nettoyage d'agent des services hospitaliers qualifié (A.S.H.Q.). Or la plupart des aides-soignants sont issus de ce corps qu'ils ont quitté par promotion professionnelle ou concours. Quand un agent n'a pas à subir cette détérioration du niveau des fonctions initiales, l'objectif du nouveau poste a peu de chances de correspondre aux motivations professionnelles de l'individu. En effet, l'agent ne change pas forcément de vocation en changeant de métier. Ainsi pour une infirmière, le travail de secrétaire médicale peut frustrer, démotiver et empêcher l'adéquation poste/agent tant il paraît éloigné de la mission de soin.

Compte tenu des réserves émises, un peu plus de la moitié des agents en situation d'inadéquation totale avec un poste adapté se trouve sur un poste ne correspondant pas à son grade initial soit 433 agents. Il convient donc d'officialiser le changement de fonction réussi : dans ce cas le retour de l'intéressé n'est pas à envisager sauf à rencontrer chez lui une volonté particulière. Or ces situations sont temporaires : ce sont des détachements et dans cette position, le fonctionnaire hospitalier continue de bénéficier à son droit à l'avancement dans son corps ou emploi d'origine, conformément au statut ³². « Un A.S.H. qui fait

³² loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, Chapitre IV *Positions*, Section 2 Détachement, article 51

Alexandre FRITSCH - Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique - année 2000

fonction d'agent administratif gagne son avancement sur le dos de ceux qui, comme moi, font vraiment leur métier ! » déclare ainsi un agent du C.H.U. de Toulouse. Comment en effet résoudre équitablement le dilemme en Commission Administrative Paritaire quand un agent espère un avancement et que l'ancienneté – critère le plus souvent utilisé - en désigne un autre qui, pour des raisons psychologiques par exemple, a bénéficié d'un poste administratif dans lequel il ne travaille ni la nuit, ni les week-ends, ni les jours fériés ? Alors que dans le même temps on prend le risque de démotiver l'agent détaché si on bride sa progression indiciaire. Il faut ici rappeler que le reclassement sur le corps de détachement a pour préalable obligatoire une demande écrite expresse de l'agent. Le traitement de cette question est particulièrement important au regard de la pratique hospitalière. Beaucoup d'agents ont bénéficié d'aménagements informels : exerçant leurs nouvelles fonctions tout en continuant à être rémunéré sur leur emploi initial. Les primes de soignants sont importantes et leur perte difficile à accepter par les agents malgré la règle de droit ³³. Le Centre hospitalier de Lagny-Marne-La-Vallée associant les syndicats à l'ensemble de son processus, aucune difficulté n'est remarquée pour l'abandon des primes afférentes à un autre emploi : il y a consensus. De même, pour faciliter le retour de l'agent sur un poste de même nature que celui d'origine, l'établissement utilise l'unanimité. Même s'il est rappelé que le directeur est la seule autorité de nomination et qu'il est possible d'affecter dans l'intérêt du service, toutes les décisions ne sont prises par la direction que lorsqu'une solution fait l'unanimité de la Commission verte qui réunit l'ensemble des gestionnaires du dossier. Ceci demande bien évidemment du temps et reste subordonné à la motivation de l'intéressé.

Dans tous les cas, être fidèle au statut est incontournable non seulement pour respecter la règle de droit mais parce que celui-ci, nous l'avons vu dans la première partie, est assez souple pour offrir de nombreuses possibilités au fonctionnaire et assez ferme pour offrir des garanties à l'établissement comme à l'agent.

³³ loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, article 73

Dans tous les cas, l'application des dispositifs légaux et réglementaires doit "coller" à l'agent.

2.1.2.3 traiter individuellement

- faire comprendre à l'individu qu'il est nécessaire au processus de soins de l'établissement

Longtemps l'action sur les postes aménagés n'a été qu'individuelle. La volonté qui procède à la mise en place d'une politique de rationalisation, politique globale à portée collective, ne doit pas obérer l'individu. Au contraire, l'outil informatique, qui permet un suivi du volant des postes occupés, permet tout à la fois d'individualiser le traitement avec une pertinence accrue du fait du croisement des données, de leur actualisation en temps réel et d'utiliser les données collectives de disponibilité des postes en fonction des profils particuliers. L'information concernant l'agent est disponible pour l'ensemble des gestionnaires de son cas, qu'ils appartiennent à la médecine du travail, aux services sociaux, à l'encadrement supérieur ou aux ressources humaines. A l'exception des évocations en commission qui laissent une part importante à l'humain et à l'anecdote symptomatique du cas d'un agent, les éléments personnels des dossiers n'ont pas à circuler. Seules doivent être partagées leurs traductions en terme d'aptitude.

Trouver une poste de travail répondant aux besoins de l'établissement et conforme aux aptitudes de l'agent est dès lors facilité. L'agent a en effet autant intérêt que l'hôpital à remplir des fonctions dont le besoins est réel. Gérer des personnels au capacités professionnelles amenuisées ne peut s'envisager qu'à la condition de leur faire entendre que malgré la redéfinition de leurs fonctions, ils continueront de contribuer au processus de soins, même indirectement.

- maintenir la possibilité de faire travailler les personnes ayant besoins d'un P.A.

A la fin d'un détachement Conditions physiques légitimant la recherche d'aménagement de la charge de travail : lesquelles ? Médecin agréé

- suivre le parcours des personnes maintenues sur poste aménagé

Le *label* « *poste aménagé* » existe. Véronique Carry, auteur de « *La requalification des personnels* »³⁴, remarque que la subjectivité prévaut souvent à l'encontre des agents dans ce type de situation : « Ainsi certains agents à requalifier font l'objet de très mauvais a priori, souvent renforcés par des situations que l'on a laissé se dégrader au fil des ans. » Ces observations effectuées dans le cadre de la fonction publique territoriale (Communauté urbaine de Lyon) sont les mêmes que celles faites à l'encontre des fonctionnaires hospitaliers par une bonne partie des agents concernés, ainsi que par le chef de projet. Pourtant, il est impossible de faire disparaître les connotations négatives liées au terme « *poste aménagé* » que chacun emploie en le remplaçant par un autre vocable.

Seule l'aptitude individuelle déployée sur le poste de travail et valorisée par la réponse à un besoin précis peut éviter ce regard des autres. Il convient donc de suivre l'agent. Ce suivi passe par l'entretien annuel d'évaluation outil parfaitement adapté qui présente l'avantage de n'être pas spécifique et donc d'éviter tout rappel inutile de la situation.

Un rappel est cependant nécessaire : l'inaptitude qui a justifié l'octroi d'aménagements du travail n'est pas fatalement définitive. A côté des entretiens annuels banalisés qui enregistrent l'adéquation partielle ou totale de l'agent sur son poste, une saine gestion de l'inaptitude impose une veille des gestionnaires du dossier. Cette veille permet de ne pas faire de ce poste adapté un poste réservé, une « charge dont l'agent serait détenteur jusqu'à sa fin d'activité ».

Il convient cependant de se mettre préalablement d'accord avec l'agent en contractant avec lui.

2.1.2.4 contractualisation agent- établissement

³⁴ La Requalification des Personnels, Véronique Carry (Responsable d'un service requalification), Dossiers experts, Editions de La Lettre du Fonctionnaire territorial, 1995

Alexandre FRITSCH - Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique - année 2000

Le poste aménagé n'est pas une "concession à perpétuité": on y travaille et l'on peut en revenir. Le principe de ce retour doit être acté dès l'aménagement dont la mise en œuvre est prévue dans un protocole.

- *Le principe*

Le poste de travail allégé n'est pas un poste défini de façon immuable dans un secteur donné. Ce n'est pas non plus *le fait du prince*. L'affectation sur un tel poste relève de la rencontre des besoins temporaires de l'agent et de l'établissement. Les notions d'accord et de terme trouvent à s'exprimer dans un contrat passé entre l'agent et l'hôpital. Cette idée avait été émise à Toulouse dès 1991 et avait été jugée comme un outil fondamental ,en 1994, par le groupe de travail « Postes aménagés ». « Il permet de faire comprendre à l'agent qu'il n'est pas propriétaire de son poste aménagé et d'impulser en ce sens , une dynamique de réintégration sur un poste de travail « classique » avec un rythme de travail normal » ³⁵

- *La mise en œuvre*

La demande de poste aménagée, est officiellement formulée par un médecin du travail, le médecin traitant de l'intéressé, le Comité médical départemental, la Commission départementale de réforme, les assistantes sociales ou la psychologue du travail. Mais toute demande d'un agent devra être adressée in fine au service de médecine du travail qui juge de l'opportunité du passage devant la *commission locale des « postes aménagés »*.

La commission se prononce sur un document renseigné qui comprend :

- la fiche du futur poste de l'agent rédigé par le cadre
- la fiche médicale d'aptitude au poste rédigée par le médecin du travail
- la fiche d'aptitude psychologique rédigée par le psychologue du travail
- la fiche de liaison sociale, rédigée par l'assistante sociale des personnels
- le contrat poste aménagé

Ce dernier document porte l'indication des raisons qui ont poussé l'agent à solliciter le poste. Il rappelle par quel service a été formulé la demande. Enfin, ce contrat spécifie la durée de l'affectation de l'agent, proposée par le service

³⁵ extrait d'un compte-rendu de Commission locale des postes aménagés, C.H.U. de Toulouse, 1999

Alexandre FRITSCH - Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique - année 2000

demandeur, et prévoit avant terme une nouvelle visite de l'agent au service concerné. Enfin, une mention rappelle la possibilité de recours au reclassement professionnel.

Le contrat est bien évidemment lu, approuvé et signé de l'agent et porte le contreseing du Directeur des ressources humaines ou de son représentant.

La clé de voute d'un plan d'action est son évaluation. Son état d'avancement montre que le projet est un succès qui porte déjà des fruits même si certaines limites sont peut-être atteintes.

2.1.2.5 Succès et limites de l'expérience

La mise en place du Protocole «postes aménagés » avait pour objectif une diminution de 30% du nombre des personnes recensées. La simple remise à plat de l'ensemble des situations, les reclassements et quelques départs en retraite avaient permis en janvier 2000 d'en faire disparaître 161 (14,4%). Le bilan pour l'année 2000 devrait parachever l'atteinte de l'objectif. Le succès est donc là même s'il a été favorisé par l'âge des agents concernés. Cependant tous les éléments du dispositif n'ont pas encore porté leur fruit.

La contractualisation, élément fondamental et novateur dans une gestion de ressources humaines, présente l'avantage d'offrir un cadre au suivi des agents. Cependant, à ce jour, aucune réintégration sur des fonctions correspondant au poste d'origine n'a eu lieu. La cause en est la durée de contractualisation : soit le terme n'est pas encore échu, soit des reconductions ont été accordées. Certes, le retour présuppose une aptitude retrouvée ; mais la pleine réussite de cette politique ne sera constatée, vu le grand nombre de cas, que lorsque la direction de l'établissement pourra prouver par l'exemple que le poste aménagé ne revêt pas un caractère définitif de fatalité.

De plus, cette politique gagnerait à être relayée par une politique de formation continue et de requalification posant réellement les bases de la notion « d'employabilité » de l'agent. Ce concept serait relayé par la substitution à la

Alexandre FRITSCH - Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique - année 2000

notion de vie professionnelle de celle de parcours professionnel, sans remettre en cause la priorité à donner à la prévention de la fatigue professionnelle.

2.2 DE LA PRÉVENTION DE LA FATIGUE PROFESSIONNELLE AU PARCOURS PROFESSIONNEL: LES MOYENS D'UNE ANTICIPATION EFFICACE

2.2.1 prévenir les problèmes responsables de l'usure professionnelle

Les problèmes de fatigue professionnelle étant étudiés grâce au recensement et à l'analyse qualitative des postes aménagés d'un établissement, il est possible de mettre en place une politique d'anticipation des risques par la sélection des agents (recrutement) et par des actions de réduction des risques identifiés. En amont cependant, les équipes de terrain gagnent à prendre en charge solidairement les premiers stades de la prévention. .

2.2.1.1 Responsabilisation des équipes de terrain

A l'époque où la contrainte financière était moindre, arguer de la submersion de son unité par des postes aménagés permettait l'affectation de nouveaux agents. Aujourd'hui, le cadre doit "faire avec" avant d'envisager le "recours à l'administration" ou à la *Commission des "postes aménagés"*. Dans son *Rapport sur le vieillissement du personnel*, Olivier Gonon prouve l'existence de ce qu'il nomme des "régulations organisationnelles des problèmes de santé en relation avec l'avancée d'âge". Celles-ci ont lieu au niveau des établissements ; elles consistent d'une part à affecter les agents les plus vaillants aux tâches les plus difficiles (services de soins) et d'autre part à à confier des tâches plus légères aux plus anciens (secrétariats médicaux). Pour cela, il faut peut être formaliser le champ délégué aux cadres pour l'auto-régulation des aménagements temporaires de leurs équipes. L'étude menée sur cinq unités de soins tend à prouver l'existence parallèle de ce processus d'autorégulation interne aux unités de travail. Les aménagements personnels s'expriment par "la

mise en œuvre de stratégies individuelles en relation avec l'expérience": on sait comment s'économiser. Les aménagements collectifs portent sur les horaires et la répartition du travail. Il convient donc de garantir aux professionnels les moyens de cette adaptation permanente de leur structure et de leur organisation à la défaillance de l'un des leurs. Un cadre contractuel permettrait des régulations internes dont on informerait la direction des ressources humaines pour qu'elle prépare tous ses partenaires à prendre le relais de l'action. Quand le cadre est bien intégré à son équipe, la possibilité d'alléger des postes de travail pour des agents durant un certain temps est mieux acceptée de l'ensemble des membres du groupe. Malgré tout, les cadres sont excédés quand leur équipe commence à accueillir trop de postes aménagés. L'auto-ajustement entre les agents est à double tranchant : il permet la souplesse mais peut traduire une forme d'imprévisibilité due à une activité mal planifiée.

Les cadres de terrain constituent une catégorie de personnel fortement sollicitée. Il ne s'agit donc pas de "rajouter une septième corde à leur lyre" en formalisant ce champ de compétences sans prendre en compte leurs aspirations et les besoins de leur équipe dès le recrutement.

2.2.1.2 Le recrutement à l'hôpital

La mission de Service Public, le statut protecteur et le haut niveau de soins de l'hôpital public attirent les demandeurs d'emploi.

Dans le cas du C.H.U. de Toulouse, c'est parmi 10.000 demandes d'emploi que sont sélectionnés les 400 agents recrutés annuellement. Cette attractivité permet au C.H.U. de véritablement choisir les candidats retenus. Cependant, pour être complet, le bénéfice de l'attractivité d'un établissement gagnerait à mettre sur pied un protocole d'embauche très rigoureux.

Concernant l'agent, pourquoi se contenter d'attestation d'aptitude générale du médecin agréé et de la fiche d'aptitude aux fonctions délivrée par le médecin du Travail ?

La difficulté de faire coopérer les médecins du Travail ³⁶ à cette démarche avait conduit un temps la D.R.H. du C.H.U. à mettre au point, sans eux, une sélection rigoureuse basée sur l'analyse de l'ensemble des renseignements pouvant être fournis par le candidat. Cette procédure ne permettait pas en revanche de pallier rapidement l'absence d'un agent titulaire par l'embauche d'un contractuel. La longueur du dispositif créait un mécontentement des services appauvris en personnel.

Le dispositif a alors été allégé pour devenir plus réactif : les embauches peuvent aujourd'hui s'effectuer « au pied levé » pour répondre aux besoins urgents des services. Le responsable du recrutement puise parmi les coordonnées conservées des nombreux postulants, classés selon l'intérêt de leur curriculum vitae. Les conditions d'aptitude sont examinées rapidement par le médecin du travail. L'extrême rapidité de la procédure ne permet pas de présenter les mêmes garanties. Cependant, l'embauche en contrat à durée déterminée amenuise une partie de ces inconvénients. Ce temps de latence constitue une période probatoire avant l'éventuelle mise en stage qui précédera une future titularisation.

La Commission des postes aménagés pourrait être mobilisée lors de chaque embauche. Transformée en commission d'aptitude aux postes, elle pourrait broser un portrait complet du postulant et mettre en perspective son expérience. L'élargissement de son champ d'action et son fonctionnement seraient alors banalisés. Dans un tel contexte, la commission continuerait à s'occuper des postes aménagés et du suivi des fonctionnaires concernés. Ainsi, les agents en difficulté professionnelle ne seraient plus pris en charge par une commission « d'exception » mais par une commission « de droit commun ».

L'embauche doit également être régulée à un niveau global. Ainsi, dans le cas de Toulouse, les départs massifs de personnels consécutifs aux regroupés à l'ouverture de l'hôpital de Rangueil, en 1975, sont à anticiper et à prendre en compte. Lisser la pyramide des âges par une embauche de jeunes et de moins jeunes ne permettrait pas l'abaissement brutal du Glissement Vieillessement

³⁶ en dehors de leur obligation d'établir une fiche d'aptitude au poste

Alexandre FRITSCH - Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique - année 2000

Technicité (G.V.T.³⁷) mais permettrait d'en étaler les effets à un niveau satisfaisant pendant longtemps. Les recrutements qu'occasionnera le "passage aux 35 heures" constituent une opportunité à relativiser au regard de la raréfaction du personnel soignant sur le marché du travail

Malgré les précautions pouvant être prises au niveau du recrutement, les risques professionnels, physiques comme psychiques, peuvent à la longue atteindre n'importe quel individu. C'est pourquoi les actions préventives demeurent incontournables.

2.2.1.3 La prévention des risques physiques et psychiques

Ce volet préventif est particulièrement important au regard de la part prépondérante qu'il occupe dans les arrêts de travail et, à long terme, dans l'inadaptation avérée des agents à leur poste (voire à leurs fonctions) initial.

Cette prévention passe non seulement par l'achat de matériels, d'équipements adaptés et de dispositifs les plus sûrs possibles mais tout autant par des actions auprès des personnels.

La variété dans la mise en œuvre de cette prévention impose le choix des actions les plus significatives au regard de la thématique abordée.

- Des actions de prévention variées

Les achats de matériel

L'équipement des personnels peut avoir d'importantes conséquences sur la sécurité de leurs conditions de travail à l'exemple de l'achat et de l'obligation de port de chaussures antidérapantes pour les agents des services techniques.

Concernant les risques allergiques, l'utilisation de gants tissés non talqués aux lieu et place des gants de latex, est le moyen qu'a utilisé le C.H.U. de Besançon

³⁷ Le G.V.T. est un indicateur permettant la mesure des effets budgétaires des évolutions de la structure du personnel ; il augmente avec le vieillissement du personnel, le coût moyen de l'agent augmentant au fur et à mesure de l'avancement de sa carrière

Alexandre FRITSCH - Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique - année 2000

pour conserver aux soins une infirmière très handicapée par ses réactions allergiques.

Pour pallier les risques de pathologies veineuses dues à l'exposition à des températures trop élevées (en service des grands brûlés), le C.H.U. a généralisé le port de bas de contention.

Enfin, pour diminuer la prévalence des incidents imputables à *la manutention*, les nouveaux matériels ont été achetés en tenant compte de leur ergonomie.

Les actions auprès des personnels: des procédés originaux

La prévention des accidents liés à l'exposition au sang a fait l'objet d'actions auprès des agents: information et définition de protocoles en constituent les points clés.

Cependant, les actions les plus remarquables menées auprès des agents concernent la prévention des risques ostéo-articulaires ainsi que celle des troubles psycho-pathologiques

la prévention des risques psychiques

Un processus global d'identification des risques et d'évaluation des actions déjà menées est en cours de réalisation. Dans le but d'éviter les effets néfastes d'une approche trop subjective, médecins et psychologues du Travail ont, avec l'aide des assistantes sociales de l'établissement, élaboré une grille d'analyse des conditions de travail axée sur un recueil de données. L'analyse des résultats obtenus sera rapprochée d'autres indicateurs tels que: l'absentéisme répétitif et de courte durée, les demandes de mutation (non isolées et provenant d'un même secteur), les demandes de formation spécifique ("gérer son stress"...).

Les agents concernés par l'un ou l'autre de ces indicateurs seront alors identifiés et orientés vers les médecins du travail, les assistantes sociales du personnel, qui pourront déterminer si les problèmes rencontrés sont liés au risque psychopathologiques.

En dehors de cette approche collective du risque psychique, un certain nombre d'actions ponctuelles dans le cadre d'un travail multidisciplinaire sont menées sur l'ensemble du C.H.U..

Un psychologue du travail intervient dans différentes formations (accueil du personnel, formation des personnels de nuit sur la charge psychique) ; des groupes de parole, encadrés par un psychologue, ont été constitués dans les services lourds (hématologie, pédiatrie).

Des groupes de sophrologie ont été mis en place en partenariat avec la médecine du Travail. Ces soins jusque là étaient réservés aux patients, son élargissement au personnel permet un travail ciblé sur les agents en difficulté.

Enfin, des groupes "soins palliatifs" sont, quant à eux destinés à des équipes entières. Ils apportent une information et un soutien qui aident les personnels à accepter les limites de la mission de soin ainsi que la mort.

Ces actions, individuelles ou collectives, multiples et variées, montrent la complexité d'appréhender les risques psychiques et surtout une réelle volonté de traiter les problèmes en amont. Il en est de même pour les risques physiques.

La prévention des risques ostéo-articulaires

Au C.H.U. de Toulouse les pathologies liées aux hypersollicitations articulaires et musculo-tendineuses touchent toutes les catégories de personnel selon les gestes qu'ils effectuent dans leur travail.

En matière de santé physique, surtout en ce qui concerne les problèmes dorsaux, la prévention est primordiale. Eviter le mal plutôt que de le soigner relève de procédés moins lourds.

Les actions traditionnelles ont souvent été axées sur un apprentissage ou un rappel des règles d'ergonomie en matière de manutention. Cependant, le fossé entre la théorie et ses possibilités de mise en pratique sur le poste restaient trop important.. les bons gestes, les bonnes postures constituaient pour les agents des pratiques "chronophages" ne pouvant être utilisés au quotidien.

Une enquête au C.H.U. de Toulouse a mis en évidence que la première cause des arrêts de travail de plus de 21 jours était liée aux pathologies dorso-lombaires. L'objectif de la prévention a donc été de former les agents à l'hygiène posturale et gestuelle. Ainsi s'est mis en place le projet *Formation-Action "Gestes et postures"*. Il repose sur une intervention de proximité et permet d'utiliser les solutions dégagées sur le terrain et acceptables par tous. Ce projet met en jeu

les compétences de deux métiers hospitaliers : en ergomotricité des kinésithérapeutes, en prévention des médecins du travail. Le dispositif s'appuie sur une structure de suivi et, de façon plus originale, sur la formation de relais. Ainsi, les formés deviennent acteurs de la formation d'autres agents. Sur une action comparable menée en 1992, on a constaté qu'alors que subsistaient seulement 48% des agents ayant suivi la formation initiale, tous dans l'unité ont recours à elle. Ce geste est, en quelque sorte, devenu "culturel".

La prévention des risques, pas plus que le recrutement, ne garantissent totalement le maintien des capacités initiales de l'agent sur toute sa carrière. En revanche, d'autres compétences peuvent être acquises et mobilisées pour l'aider à bâtir un parcours professionnel et à anticiper sa fatigue professionnelle.

2.2.2 orienter vers une nouvelle carrière: le parcours professionnel

Malgré les particularismes de la relation de travail établissement public administratif/agent, on constate une perméabilité tout à fait logique aux évolutions de la société.

La fonction publique hospitalière n'échappe pas à cette tendance et ne constitue pas, en dehors du caractère protecteur du statut, une activité déconnectée de la réalité.

C'est pourquoi il est aujourd'hui explicitement demandé aux agents une efficience, une compétitivité qui n'était pas imaginable il y a 15 ans.

Pour mettre en place cette compétitivité tout en répondant aux aspirations des personnels en terme d'amélioration des conditions de travail, elles aussi phénomènes de société, la notion de parcours professionnel émerge aujourd'hui.

A l'instar du secteur privé dans lequel « l'employabilité » prévaut sur la qualification initiale les pouvoirs publics donnent dorénavant les moyens aux fonctionnaires de s'adapter aux évolutions de leurs fonctions.

Le protocole du 14/03/2000 illustre l'intérêt de mettre en place le parcours professionnel et préfigure sans doute les dispositions qui seront contenues dans la loi sur la modernisation du Système de Santé.

A côté de ces mesures, certaines expériences hospitalières sont déjà empreintes de cette notion.

2.2.2.1 les innovations de Toulouse et de l'Assistance Publique Hôpitaux de Paris (A.P.H.P.)

En 1999 a été mise en place au C.H.U.de Toulouse une Bourse des emplois. Son objectif est de proposer par priorité les postes vacants de l'établissement en mutation interne aux agents. Son originalité tient dans le mode présentation et de sélection du candidat. Quand une vacance est constatée, une description du poste actualisée est affichée sur les différents sites hospitaliers ;elle est assortie du profil recherché. Tout agent remplissant les conditions statutaires peut alors «candidater » directement en envoyant un Curriculum vitae à la D.R.H. locale. Celle-ci transmet au cadre, décideur en dernier ressort.

L'agent s'inscrit donc dans une démarche active de mobilité. Il n'a pas à obtenir l'accord de son cadre qui peut souhaiter le garder dans l'intérêt du service. Cet ajustement donne aux agents la possibilité de diversifier leurs expériences professionnelles. Elle leur offre une voie de sortie d'un poste qui peut ne pas leur convenir et améliore leur adéquation au poste. La publication est valable 2 mois à l'issue desquels le poste sera ouvert à l'extérieur. Pour les agents en poste aménagé ce peut être là une opportunité de « réinsertion » à condition pour eux de ne pas être « étiquetés ». C'est pourquoi la D.R.H. a pris les devants en proposant prioritairement les postes aux agents en postes aménagés.

Pourtant au vu de la liberté de choix laissée au « cadre recruteur »,qui conviendra rarement qu'un agent ayant été inapte peut pleinement donner satisfaction sur un poste classique, cette démarche, pourtant louable, n'est peut-être pas adaptée.

La mise en place d'un parcours professionnel, comme la gestion des postes aménagés, requièrent une connaissance précise de la population employée. La D.R.H. au C.H.U.deToulouse.procède donc à l' inventaire des qualifications non déclarées du personnel. En effet beaucoup d'agents ont déclaré, à l'entrée dans la Fonction Publique, le seul de leur diplôme nécessaire au poste envisagé. L'inventaire des diplômes des agents constitue un inventaire des ressources potentielles pouvant être rapprochées des besoins de l'hôpital en formation.

Alexandre FRITSCH - Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique - année 2000

Une expérience plus ambitieuse encore est celle de l'A.P.H.P.

Dans le double but d'offrir les moyens d'un parcours professionnel et un moyen de prévention adapté de la déqualification le Protocole d'accord en faveur de l'emploi handicapé du 16/09/1998 prévoit le droit à un bilan de compétence. Le bilan peut être effectué sur proposition du médecin du Travail notamment après arrêt-maladie. L'agent peut, lui aussi, être à l'initiative de cette démarche. Dans tous les cas une demande expresse écrite est nécessaire. L'agent qui sent fondre sa motivation ou son aptitude sur un poste de travail peut prévenir sa déqualification sur son poste actuel.

Le dispositif mis en place permet l'évaluation, à la demande de l'agent, de ses capacités résiduelles mais aussi de « mettre en valeur les acquis, les potentialités et les compétences qui peuvent permettre à l'agent d'accéder à différents types d'emplois. Le bilan fixe les différentes pistes d'action et peut définir les besoins en formation »³⁸

2.2.2.2 les incitations des pouvoirs publics

Les pouvoirs publics ont pris acte des efforts à consentir par le personnel hospitalier pour s'adapter à la rénovation du Système de Santé et donc aux restructurations hospitalières.

Aujourd'hui, les dispositifs du *Fonds d'Accompagnement Social pour la Modernisation des Etablissements de Santé* (F.A.S.M.O.) et du *Protocole du 14 Mars 2000*, offrent les bases d'un parcours professionnel notamment en aidant les agents à se requalifier.

- *Le Fonds d'Accompagnement Social pour la Modernisation des Etablissements de Santé (F.A.S.M.O.)*

Pour soutenir cette politique volontariste, un F.A.S.M.O. a été institué par l'article 25 de la loi du 19/12/1997.

³⁸ Bilan d'orientation et de compétences et mesures d'accompagnement, Dossier d'information des professionnels, A.P.H.P., Direction des Personnels et des Relations Sociales, Département de l'expertise et de l'innovation au travail, Mission handicap et travail, février 2000

Créé pour cinq années, le F.A.S.M.O. offre 5 types de financements mobilisables lors des opérations de restructuration :

- le remboursement aux établissements, durant une période maximum de 3 années, du coût des actions de reconversion des agents hospitaliers.
- le remboursement aux établissements, lors d'un recrutement sur poste vacant, du différentiel de traitement entre la rémunération de l'agent recruté et celle d'un agent qui aurait été recruté au premier échelon. La première année, le F.A.S.M.O. rembourse la totalité du différentiel constaté, puis la moitié de celui de l'année suivante.
- le remboursement aux établissements du montant de l'indemnité exceptionnelle d'aide à la mobilité et, le cas échéant, les frais de changement de résidence.
- le versement aux agents de l'indemnité volontaire de départ instituée par le décret 98-1220 du 29/12/1998 dont le montant a été fixé par arrêté du même jour
- la prise en charge des coûts de fonctionnement des cellules d'accompagnement social des établissements, en fonction de l'importance quantitative du personnel et dans certaines limites financières.

La circulaire 182 du 23 Mars 1999 relative au F.A.S.M .O. évoque ces différentes mesures ainsi que la procédure d'agrément par l'Agence Régionale d'Hospitalisation.

Dans le cas du C.H.U. de Toulouse, les conditions d'octroi d'une indemnité volontaire de départ ont été présentées aux personnels. Devant l'afflux massif des sollicitations, un protocole d'examen des demandes a été mis au point. Il s'agissait de définir des critères de choix les plus objectifs possibles.

On ne pouvait ainsi, a priori, ni refuser la demande d'un agent parce qu'il manquerait au service, ni récompenser un agent incompetent dont on était heureux de se débarrasser.

Un certain nombre d'agents en postes aménagés ont satisfait aux critères et ont ainsi quitté l'établissement.

- Le volet formation du Protocole d'Accord du 14 mars 2000

Afin d'asseoir non seulement la gestion prévisionnelle mais aussi la prospective des emplois et des compétences, la valorisation des acquis professionnels, la

politique de formation et les moyens qui y sont consacrés seront obligatoirement inscrits, via un projet social négocié avec les syndicats, dans le Contrat d'objectifs et de moyens signé avec l'A.R.H.. A Toulouse le Contrat d'objectifs et de moyens 98-2000 comportait ce volet. Ces volets sociaux des Contrats d'objectifs et de moyens bénéficieront d'un financement dès lors qu'ils poseront les étapes menant à la « construction par chaque agent d'un projet professionnel ».

Ainsi sont prévus, pour aider à la promotion professionnelle des agents :

- l'augmentation des entrées dans les instituts de formation.
- la promotion des concours par le développement des cycles préparatoires.
- L'ouverture des voies internes d'accès aux écoles paramédicales, aux écoles de Travailleurs sociaux.

Pour garantir ces projets, seront mis en place, un droit au bilan de compétences, une amélioration du dispositif de congé-formation, et la professionnalisation des Emplois Jeunes à l'hôpital.

L'ensemble de ces mesures sera évalué au niveau régional, par l'A.R.H., et au niveau ministériel.

Ce vaste programme de modernisation du travail à l'hôpital sera actualisé, les orientations à venir seront étudiés par un Observatoire national des Emplois et des Métiers de la fonction publique hospitalière.

L'ensemble de ces outils doit donner aux agents hospitaliers d'inscrire leur carrière dans un véritable parcours professionnel. On peut pourtant regretter le manque d'incitations des pouvoirs publics au passage d'une fonction publique à l'autre. Encourager le détachement et l'intégration d'une infirmière physiquement fatiguée, mais possédant un haut niveau de savoir, sur des postes d'infirmière de l'Education nationale pourrait être intéressant. Envisager le départ, lors de restructurations, d'un agent de cuisine vers les cantines des collectivités territoriales pourrait constituer une nouvelle approche du problème.

Ce véritable arsenal permettra une réorientation avant inaptitude ; pourtant, il serait vain de penser qu'il se substituera à la prévention de la fatigue professionnelle.

CONCLUSION

Les postes aménagés de l'hôpital sont une réalité mal appréhendée au niveau national et pourtant prégnante dans la vie des établissements.

S'il n'est pas envisageable de résorber la déqualification et donc l'affectation de tous les agents sur des postes compatibles avec leur aptitude, il est possible de mettre en place une politique globale inscrite dans la stratégie de l'établissement basée sur ses besoins actuels et anticipés et centrée sur les individus. Les dispositifs qui en découlent permettent alors de contrôler ou de maintenir l'aptitude des agents voire de l'augmenter en les aidant à se requalifier et à s'inscrire dans un véritable parcours professionnel. Pour cela, les directions en charge de la formation et de la qualification ainsi que celle des ressources humaines doivent être intimement liées. En effet, pour comprendre une politique de formation, il est indispensable de la restituer dans une trajectoire stratégique économique, organisationnelle et dans une trajectoire de ressources humaines. Il ne peut y avoir formation sans développement d'activité du formé et sans transformation de son profil. Les moyens, l'investissement que va consentir le formé pour la réalisation du processus de formation dépendent de la signification qu'elle présente pour lui, de l'image qu'il se fait des résultats et de l'usage de ses résultats. " L'image qu'un salarié peut se faire de ses perspectives professionnelles personnelles dépend largement de l'image de l'image qu'il se fait de la politique de l'organisation à laquelle il appartient." ³⁹

³⁹ Réalités et recherches n°36 de mars 1999

Alexandre FRITSCH - Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique - année 2000

C'est pour ces raisons que l'optimisation des compétences des personnels passe par une transparence de l'institution assortie d'une politique de communication de la stratégie de l'établissement à l'ensemble du personnel.

Le C.H.U. de Toulouse, en pleine mutation, a organisé, début septembre 2000, une *Journée d'information des cadres*. Ceux-ci ont été associés au processus en étant informé des grands axes du Projet d'Établissement. Leurs avis, leurs propositions ont été sollicités et moins d'une semaine après, les actes de ces "ateliers-débats" arrivaient dans les services : sur leur bureau. Des opérations comme celles-ci permettent à des individus de d'envisager leur avenir en pleine connaissance de cause en s'appropriant le devenir de leur hôpital et en y prenant leur place. Cependant, aucune action de ce genre n'est destinée au personnel non cadre, trop nombreux. Il serait possible cependant de détacher d'une direction de cabinet ou d'une direction à la communication un agent dont l'unique mission consisterait, tout au long de l'année, à expliquer la politique de l'établissement aux acteurs de terrain ⁴⁰.

En fin de comptes, l'hôpital public, souvent décrit comme une ville dans la ville, un imperium in imperio, est à ce titre le reflet des angoisses dues à un profond changement de notre société. Les agents hospitaliers n'échappent pas à cette quête de sens. Cependant, la lisibilité de la fonction publique est un atout et le service public hospitalier y a une place privilégiée. En effet, un inspecteur et un contrôleur des impôts, pour participer de manière fondamentale à l'accomplissement du service public, ont une action jugée coercitive par le plus grand nombre. La vocation des personnels hospitaliers, ainsi que le sens évident dont est porteuse leur mission, sont de puissants leviers que peuvent utiliser les managers hospitaliers afin d'harmoniser les besoins des établissements publics de santé. L'évolution des besoins sanitaires, l'expansion du champ de compétences requis peuvent sans doute à terme conduire la grande majorité des agents à maintenir ou développer leur utilité. Et si l'hôpital met en œuvre une politique volontaire de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences relayée par des actions à portée individuelle, les personnels non médicaux pourront s'accomplir pleinement dans leur travail tout au long d'un parcours

⁴⁰ Les établissements de taille plus modestes pouvant y affecter un agent à mi-temps

Alexandre FRITSCH - Mémoire de l'École Nationale de la Santé Publique - année 2000

professionnel. En effet, « y a-t-il dans la vie une souffrance plus grande que de se lever chaque matin et de se dire : « Encore une journée de commencée, il faut que j'en vienne à bout , que je supporte aussi cette journée » ? »⁴¹

⁴¹ Emile Cioran, Entretien avec Georg Caryat Focke, 1992

Alexandre FRITSCH - Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique - année 2000

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier l'ensemble de ceux qui ont aidé ma réflexion, mes recherches et ma rédaction par les avis et conseils qu'ils m'ont prodigués, par les informations qu'il m'ont données, par le soutien qu'ils m'ont apporté.

- ma directrice de mémoire : Madame Françoise Pivin, Conseillère D.R.H. à la Division des Personnels et des Relations Sociales au siège de l'Assistance publique Hôpitaux de Paris

- mon maître de stage : Monsieur Didier Bouvet, , Directeur de cabinet du Directeur Général du C.H.U. de Toulouse

- Monsieur Olivier GONON, pour l'autorisation d'utiliser ses travaux

- les membres de la Direction des Ressources Humaines de l'Hôtel-Dieu Saint-Jacques du C.H.U. de Toulouse, de la Direction des Services Infirmiers et de la Médecine du travail ayant participé au projet postes aménagés: Madame Pascale Bardou, Madame le docteur Latorzeff Madame Michelle Salles, Monsieur Bernard Daumur, Monsieur Philippe Dubost et Monsieur Robert Espig.

- Mademoiselle Elisabeth Benhamou, consultant

- Monsieur Laurent Gravelaine, Monsieur Flamarion et Monsieur Philippe Jean

- mes camarades et collègues : Madame Muriel Brossard-Lahmy, Madame Laetitia Micaelli-Flender, Monsieur Jean-Paul Quillet et Monsieur Philippe Sabah

BIBLIOGRAPHIE GENERALE

ARTICLES :

- B. BANGA- "Absentéisme à l'hôpital: les conditions de travail en question"- GESTIONS HOSPITALIERES-1996-n°108-pp 32 à 38
- Hugues DESTREM - "Approche systématique de la formation et motivation du personnel" - GESTIONS HOSPITALIERES - 1999 - n° 386 pp 350 à 358
- Madeleine ESTRYN-BEHAR "Souffrance psychique et risques de "burn-out" chez les infirmières" SOINS-1997-n°616-pp 13 à 17.
- Daniel Martin - "Les mille et uns pièges de l'usure, peut-on les éviter?" - LIEN SOCIAL - 1997 - n° 399 - p 8 et 9

OUVRAGES :

- Véronique CARRY - "La Requalification des Personnels - DOSSIERS EXPERTS, Editions de La Lettre du Fonctionnaire territorial, 1995
- Serge COUNY, Pierrick DIEUMEGARD, Odile DERENNE, Yves LAMY, André LUCAS - Gestion des ressources humaines - cours de l'E.N.S.P. - Département Matiss - 1999 - E.N.S.P.
- Odile DERENNE, "Les 12 points clés du fonctionnaire hospitalier" - 1997 - Editions E.N.S.P.
- Marc DUPONT, Claudine ESPER, Louise MUZZIN, Christian PAIRE - "Droit hospitalier" - mars 1997 - Dalloz
- Madeleine ESTRYN-BÉHAR et Henri POINSIGNON - "Travailler à l'hôpital" - ÉDITIONS BERGER LEVRAULT - 1989
- Philippe GROSJEAN, Marie-Josée BOUTET, en collaboration avec Francine GABORIAU et Alain JOUVE - "L'Aménagement du temps de travail à l'hôpital, guide pratique et méthodologique" - 1996 - E.S.F. éditeur
- D. MARTIN- "L'épuisement professionnel" - EDITIONS L'HAMMARTAN- 1992-3 - 2 vol..

Alexandre FRITSCH - Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique - année 2000

RAPPORTS :

- Chiffres clés 1999, plaquette éditée par les Hôpitaux de Toulouse
- Olivier GONON : Etude du phénomène du vieillissement du personnel non médical du C.H.U. de Toulouse : analyses réalisées et en cours, sous la direction scientifique de M. J.C. MARQUIÉ, Laboratoire Travail et Cognition, U.M.R. 551 du C.N.R.S., Maison de la recherche, Université Toulouse Le-Mirail
- Jean-Pierre NEVEU - Rapport d'étude sur l'épuisement chez le personnel soignant - octobre 1994 - E.S.U.G.-I.A.E. -