



EHESP

**Elève Attaché d'Administration
Hospitalière**

Promotion : **2012**

Date du Jury : **Décembre 2012**

**L'accompagnement des agents en
situation d'inaptitude pour raisons de
santé : un enjeu de la politique sociale**

Amélie COURIAUT

Remerciements

Je tiens à remercier ma tutrice de stage, Madame Caroline JEGOUDEZ, Directrice des Ressources Humaines et ancienne Attachée d'Administration Hospitalière, pour sa disponibilité, ses précieux conseils et son soutien efficace à chaque étape de la construction du mémoire.

Je remercie également les responsables de l'EHESP, dont le binôme d'accompagnement du dispositif mémoire, Madame Erika QUIROS et Monsieur Arnold MAGDELAINE, pour leurs orientations dans ce travail de recherche et de positionnement professionnel.

Enfin, j'adresse mes remerciements à l'ensemble des personnels rencontrés au Centre Hospitalier Intercommunal de Poissy Saint-Germain-en-Laye et aux professionnels extérieurs contactés dans le cadre d'entretiens individuels.

Sommaire

Introduction.....	1
1 L'inaptitude pour raisons de santé, une notion qualifiée par le contexte juridique et hospitalier	5
1.1 Des concepts multiples : aptitude, restrictions, inaptitude, handicap, incapacité et invalidité... ..	5
1.1.1 L'évolution et le rapprochement des représentations du handicap et de l'inaptitude pour raisons de santé.....	5
1.1.2 Les contours de l'inaptitude pour raisons de santé.....	8
1.1.3 Les facteurs et enjeux de la gestion des situations d'inaptitude des personnels hospitaliers.....	9
1.2 Les principes juridiques et statutaires de la gestion de l'inaptitude pour raisons de santé.....	11
1.2.1 La constatation de l'inaptitude : le rôle pivot du médecin de santé au travail ..	11
1.2.2 Le maintien dans l'emploi de l'agent, un principe protecteur	12
1.2.3 Les parcours alternatifs à l'emploi et la protection sociale des agents publics	15
1.3 La conduite d'une étude de terrain : les dimensions de la problématique dans un contexte opérationnel	17
1.3.1 La méthodologie et le périmètre de l'étude.....	17
1.3.2 Les points forts et les limites de l'étude.....	19
2 La gestion des agents en situation d'inaptitude : état des lieux d'une démarche en construction	21
2.1 Le terrain d'observation principal, représentatif des établissements publics de santé français	21
2.1.1 Les caractéristiques générales d'activité de l'établissement.....	21
2.1.2 La gestion des ressources humaines dans l'établissement	22
2.1.3 Les modalités internes de gestion de l'inaptitude	24
2.2 Les caractéristiques et indicateurs statistiques.....	26
2.2.1 Le profil des travailleurs handicapés	26
2.2.2 Le suivi de l'absentéisme pour motif médical : un indicateur déterminant.....	27
2.2.3 L'activité du service de santé au travail : surveiller et protéger la santé des personnels hospitaliers	29

2.3	Des éléments de diagnostic partagés par les acteurs du maintien dans l'emploi.....	30
2.3.1	La perception de la problématique par l'encadrement et la direction	30
2.3.2	Les points forts et les difficultés de la mise en œuvre d'une démarche d'aménagement de poste ou de changement d'affectation	32
2.3.3	Le point de vue des organisations syndicales : des actions nécessairement portées par un projet social	35
3	Le maintien dans l'emploi : structurer une politique sociale d'ensemble	39
3.1	Les apports d'un plan d'action.....	39
3.1.1	L'inscription de l'établissement dans une dynamique socio-responsable.....	39
3.1.2	Le support du dialogue social et la visibilité des actions	40
3.1.3	La professionnalisation de la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences.....	41
3.2	Le contenu du plan d'actions proposé	42
3.2.1	Structurer le dispositif et le valoriser dans le cadre de la politique sociale	42
3.2.2	Disposer d'outils de traitement et de suivi afin de professionnaliser la gestion des situations d'inaptitudes.....	44
3.2.3	Mettre en place un accompagnement individualisé des agents	46
3.2.4	Activer une politique de prévention des risques d'inaptitude et de prise en charge du handicap	48
3.3	La mise en œuvre et l'évaluation du plan d'actions	50
3.3.1	Les paramètres de la mise en œuvre	50
3.3.2	L'évaluation des limites des actions d'amélioration.....	51
	Conclusion	55
	Sources et bibliographie.....	57
	Liste des annexes.....	I
	Annexe 1 : Liste des interlocuteurs rencontrés en entretien.....	III
	Annexe 2 : Guides d'entretiens semi-directifs	IV
	Annexe 3 : Cartographie des acteurs du maintien dans l'emploi	XII
	Annexe 5 : Logigramme des étapes de la procédure juridique	XV
	Annexe 6 : Fiche de synthèse de situation individuelle	XVI

Liste des sigles utilisés

AAH	Allocation Adulte Handicapé
AGEFIPH	Association de Gestion du Fonds pour l'Insertion Professionnelle des Personnes Handicapées
AP-HP	Assistance Publique – Hôpitaux de Paris
ARS-IDF	Agence Régionale de Santé d'Ile-de-France
AT	Accident de travail
ATI	Allocation temporaire d'invalidité
BOE	Bénéficiaires de l'obligation d'emploi
CAP	Commission Administrative Paritaire
CDAPH	Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées
CDD	Contrat à Durée Déterminée
CDI	Contrat à Durée Indéterminée
CGOS	Comité de gestion des œuvres sociales
CHI	Centre Hospitalier Intercommunal
CHIPS	Centre Hospitalier Intercommunal de Poissy Saint-Germain-en-Laye
CHSCT	Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail
CLACT	Contrats Locaux d'Amélioration des Conditions de Travail
CNG	Centre National de Gestion
CNRACL	Caisse Nationale de Retraite des Agents des Collectivités Locales
COTOREP	Commission Technique d'Orientation et de Reclassement Professionnel
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
DRH	Direction des Ressources Humaines
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
ETP	Equivalent Temps Plein
FIPHFP	Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la Fonction Publique
FPH	Fonction Publique Hospitalière
HAD	Hospitalisation à domicile
HAS	Haute Autorité de Santé
IGAS	Inspection Générale des Affaires Sociales
MDPH	Maison Départementale des Personnes Handicapées
MP	Maladie professionnelle
PAPRI Pact	Programme annuel de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail

PREF	Plan de retour à l'équilibre financier
RH	Ressources Humaines
RME	[Commission de] Retour et de Maintien dans l'Emploi
RPS	Risques psycho-sociaux
RQTH	Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé
SAMU	Service d'Aide Médicale Urgente
SAU	Service d'Accueil des Urgences
SMUR	Service Mobile d'Urgence et de Réanimation
SSIAD	Service de soins infirmiers à domicile
SST	Service Santé au Travail
TH	Travailleur handicapé
TMS	Troubles musculo-squelettiques
USLD	Unité de Soins de Longue Durée

Introduction

Inaptitude, incapacité, invalidité, handicap...sont autant de termes utilisés pour qualifier un phénomène récurrent qui impacte la carrière des personnels hospitaliers.

La protection de la santé des agents publics fait partie des obligations des établissements publics de santé. Toute stratégie de prévention et d'amélioration des conditions de travail doit traduire les orientations de la politique nationale et européenne, déclinées dans un Plan national de Santé au Travail établi pour les années 2010 à 2014. Ce plan porte une attention particulière sur certains risques à l'origine des principales causes d'accidents du travail et de maladies d'origine professionnelle : les troubles musculo-squelettiques, les risques psycho-sociaux. Il accorde un intérêt particulier aux métiers exercés dans le domaine des services à la personne (aides-soignants, infirmiers, agents de service, assistants de vie, auxiliaires de vie sociale, etc.) et s'adresse aussi aux personnels des trois fonctions publiques. Les problématiques de réduction de l'absentéisme et de gestion des situations d'inaptitude pour raisons de santé sont reconnues à travers ce plan d'actions.

« *L'inaptitude est la situation dans laquelle une personne ne peut plus assurer son poste de travail du fait d'une dégradation, brutale ou progressive, de son état de santé.* »¹ Alors, l'inaptitude pour raisons de santé pose la question du maintien dans l'emploi d'un agent en difficulté sur son poste de travail, et des modalités de sa réintégration après un arrêt de maladie de longue durée. Bien que le cadre juridique relatif à la protection sociale des fonctionnaires soit très développé, l'on constate que les établissements publics de santé éprouvent des difficultés à mettre en œuvre le processus de reclassement défini par la réglementation. Si l'enjeu humain de l'accompagnement des agents au cours de leur carrière professionnelle a toujours existé, de nouveaux enjeux sont apparus avec l'évolution du contexte hospitalier.

Le contexte économique et démographique hospitalier a accentué la nécessité d'une gestion pluridisciplinaire et individualisée de la carrière des agents présentant des réserves d'aptitude. Les établissements publics sont confrontés à l'effet conjugué du vieillissement de la population active (la moyenne d'âge était de 42,6 ans fin 2009 dans la

¹ SALOU M., RAJOT B., 2007, *Le reclassement pour inaptitude médicale*, coll. Les diagnostics de l'emploi territorial, hors série n°10, CIG Petite Couronne, p.27

Fonction Publique Hospitalière²), de la pénibilité physique et psychique des métiers soignants et techniques, et de l'allongement de la durée de vie au travail.

Le contexte budgétaire contraint place les politiques de gestion des ressources humaines au cœur de la stratégie des établissements publics de santé. En effet, les charges de personnel représentent près de 70% des dépenses des hôpitaux. Pour cela, l'absentéisme est un indicateur spécialement évalué par les responsables des ressources humaines. S'il est révélateur des conditions de travail dans l'établissement, il constitue bien plus un facteur de déséquilibre des organisations. Or, le taux d'absentéisme observé dans les établissements public hospitaliers en 2010 a régulièrement augmenté depuis 2007. De même la fréquence comme la durée et la gravité des arrêts de travail pour raisons de santé ont augmenté.

L'enrichissement permanent du contexte législatif nécessite la modernisation du management des ressources humaines, par le biais de la professionnalisation de l'encadrement. Notamment, la « Loi Handicap » promulguée en 2005 porte sur l'insertion professionnelle des personnes handicapées et le maintien dans l'emploi des personnels en situation d'inaptitude sur leur poste de travail. D'une part, elle renforce l'obligation d'emploi de personnes handicapées, à hauteur de 6% de l'effectif physique total rémunéré des établissements publics. En 2011, 56%³ des établissements publics hospitaliers se voient appliquer la pénalité financière prévue par la loi. D'autre part, la loi assimile les agents reclassés dans le recensement des travailleurs handicapés et a créé un dispositif de financement d'aides à l'emploi⁴.

L'enjeu social est également à prendre en compte. Les agents en congé de maladie sont confrontés à des risques de désinsertion sociale et de précarité financière, également facteurs de dégradation de leur état de santé. Pour tenter de répondre à un objectif « gagnant-gagnant » de maintien dans l'emploi d'agents présentant une incapacité, les établissements publics de santé ont développé des dispositifs : commission de reclassement, procédure spécifique, contrat « de réinsertion », tableau de bord de suivi, etc. Des difficultés s'opposent à une application parfaite de la réglementation et à la mise en œuvre immédiate d'une solution d'emploi convenant à toutes les parties. Les démarches de prévention des risques professionnels restent encore peu structurées. Pourtant, les directions des ressources humaines disposent des compétences internes pour conduire une réflexion globale sur ces questions, en cohérence avec le projet social.

² SOFCAH, octobre 2011, « Absences au travail pour raison de santé dans les établissements hospitaliers - 2010 », *Analyse et Conjoncture*, p.2

³ FIPHFP, AGEFIH, mai 2012, *Les personnes handicapées et l'emploi, chiffres clés*, p.5

⁴ En 2011, le montant total des aides ponctuelles mises en place au profit d'agents des employeurs publics s'est élevé à 11,8 millions d'euros.

Ce premier questionnement sur la thématique de l'inaptitude médicale fait apparaître la richesse des réflexions à mener. Le processus d'accompagnement individualisé des agents est le pivot de la démarche de gestion des situations d'inaptitude partielle ou absolue. **Dans quelle mesure la structuration du processus d'accompagnement dans l'emploi des agents en difficulté de santé constitue-t-elle un enjeu de la politique sociale des établissements publics de santé ?**

L'étude de cette problématique a conduit à formuler plusieurs sous-questions :

- Quelle est la cartographie des agents concernés ?
- Quelles sont les réponses mises en place par les établissements de santé ?
- Quels sont les outils et indicateurs pertinents afin de professionnaliser le dispositif ?
- Quelles modalités de communication interne les établissements ont-ils mis en place ?
- Quelles sont les modalités nécessaires d'accompagnement individuel ?

Cette étude s'appuie sur l'analyse des pratiques au Centre hospitalier Intercommunal de Poissy Saint-Germain-en-Laye. La méthodologie de l'étude prévoyait une recherche bibliographique, l'analyse quantitative de données sociales nationales et locales, ainsi que la réalisation d'entretiens individuels auprès des professionnels de profils diversifiés. Certaines actions préconisées ont pu être mises en œuvre au cours du stage professionnel réalisé dans l'établissement. Ce projet d'étude a été proposé par le directeur des ressources humaines de l'établissement, d'une part pour préparer le nouveau projet social et d'autre part, pour faire face à une problématique d'absentéisme.

Il s'agissait tout d'abord de cerner la thématique étudiée, à travers la définition des principaux concepts et principes juridiques applicables aux agents publics hospitaliers. Les facteurs et enjeux inhérents à la gestion des situations d'inaptitude ont été identifiés (1). Ensuite, un état des lieux de terrain a permis de déterminer le profil des agents concernés, et de recueillir le point de vue des professionnels (2). Enfin, le plan d'action présenté est adapté au contexte de l'établissement hospitalier. Il tient compte des retours d'expériences d'autres établissements publics de santé. En pratique, la direction et les responsables des ressources humaines doivent s'emparer de ce plan d'action. Une expertise et des compétences managériales seront utiles pour en poursuivre la mise en œuvre, réaliser un suivi et valoriser les résultats (3).

* * *

1 L'inaptitude pour raisons de santé, une notion qualifiée par le contexte juridique et hospitalier

La notion d'inaptitude pour raison de santé est inscrite dans le statut de la Fonction Publique Hospitalière (FPH). Une réglementation spécifique différencie les modalités applicables aux fonctionnaires titulaires, aux agents stagiaires et aux agents contractuels. Ce cadre juridique est ainsi appliqué par la Direction des Ressources Humaines (DRH) dans la mise en œuvre de la gestion administrative du recrutement et des carrières.

1.1 Des concepts multiples : aptitude, restrictions, inaptitude, handicap, incapacité et invalidité...

Afin de cerner les contours de la problématique étudiée, il est nécessaire de clarifier les notions qui s'y rapportent et d'identifier les enjeux communs.

1.1.1 L'évolution et le rapprochement des représentations du handicap et de l'inaptitude pour raisons de santé

La politique en faveur de l'intégration des personnes en situation de handicap dans la société est ancienne. Par des lois successives entre 1924 et 2005, le législateur a contribué à l'évolution d'une logique d'assistance à une logique de participation.

Avant 1960, la personne handicapée était considérée de façon dépréciative comme déficiente ou infirme. Les mesures d'intégration dans la société étaient inexistantes. L'utilisation récente de la qualification « personne en situation de handicap » illustre l'évolution des représentations. L'orientation politique française globale se traduit dans une loi du 30 juin 1975 qui détermine la situation juridique et sociale des personnes handicapées. Des mesures sont notamment portées en vue de faciliter l'insertion des personnes handicapées en milieu ordinaire de travail. Une loi du 10 juillet 1987 instaure l'obligation d'emploi de 6% de travailleurs handicapés, pour tous les employeurs publics ou privés de plus de vingt salariés.

La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, dite « loi Handicap », renouvelle la politique du handicap en France. Au sens de la loi, constitue un handicap « *toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou*

psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant ». Elle redéfinit ainsi « *le handicap comme le résultat d'une interaction entre les incapacités d'une personne et son environnement* »⁵ et prévoit des mesures de compensation et d'accessibilité. La qualification d'une inaptitude pour raisons de santé d'un individu dans son environnement professionnel revient ainsi à reconnaître le handicap d'un professionnel. Les conditions de travail influencent la qualification du handicap et donc de l'inaptitude ; « *un professionnel se trouve en situation de handicap lorsque les conditions de travail lui sont inadaptées et qu'il éprouve des difficultés à tenir son emploi.* »⁶. Sans pour autant s'assimiler à une politique de prise en charge de l'inaptitude, la nouvelle politique du handicap a déclenché des démarches en faveur du traitement de l'inaptitude.

Alors, la confirmation de l'aptitude médicale des agents hospitaliers prend tout son sens au regard de l'emploi des personnels handicapés, dont les conditions sont inscrites dans les dispositions générales relatives au statut des fonctionnaires que la loi du 11 février 2005 a modifiées. L'article 5 de la loi du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires est désormais ainsi formulé : « *nul ne peut avoir la qualité de fonctionnaire : [...] S'il ne remplit pas les conditions d'aptitude physique exigées pour l'exercice de la fonction compte tenu des possibilités de compensation du handicap.* » Cette disposition est complétée par l'article 27 de la loi du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la Fonction Publique Hospitalière : « *Aucun candidat [...] ne peut être écarté, en raison de son handicap, d'un concours ou d'un emploi de la fonction publique, sauf si son handicap a été déclaré incompatible avec la fonction postulée à la suite de l'examen médical destiné à évaluer son aptitude à l'exercice de sa fonction...* » Deux principes sont ainsi établis : la non-discrimination et l'égalité de traitement à l'égard des personnes en situation de handicap.

En pratique, la loi du 11 février 2005 prévoit un dispositif de financement des aides à l'insertion professionnelle dans la Fonction publique par le biais d'une contribution financière imposée aux établissements publics ne satisfaisant pas à l'obligation d'emploi de 6% de travailleurs handicapés. Elle remplace la Commission Technique d'Orientation et de Reclassement Professionnel (COTOREP) par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH). Cet organisme, chargé de répondre aux demandes des individus en situation de handicap concernant leurs droits, est désormais rattaché à la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH).

⁵ RAVAUD J-F., juillet / août 2012, « Les politiques du handicap : quelle philosophie ? Quels contenus ? », *Cahiers français*, n°369, p.50

⁶ ESCRIVA E., décembre 2004, « Le maintien dans l'emploi : un défi de GRH », *Tendances, la lettre des études de l'AGEFIPH*, n°1, p.2

La CDAPH reconnaît notamment la Qualité de Travailleur Handicapé (RQTH) et vérifie les conditions d'accès aux prestations financières fixées par le législateur.

Dans ce cadre juridique organisé, les établissements publics de santé se trouvent dans l'obligation d'employer des travailleurs handicapés. Selon l'article L.5213-1 du Code du Travail, « *est considéré comme travailleur handicapé toute personne dont les possibilités d'obtenir ou de conserver un emploi sont effectivement réduites par suite de l'altération d'une ou plusieurs fonctions physique, sensorielle, mentale ou psychique.* » Les bénéficiaires de l'obligation d'emploi (BOE) relèvent obligatoirement de l'une des cinq catégories suivantes :

- 1) Travailleurs reconnus handicapés par la CDAPH (RQTH) ;
- 2) Agents titulaires d'une pension ou d'une rente d'invalidité ;
- 3) Fonctionnaires recrutés sur des emplois réservés ;
- 4) Fonctionnaires bénéficiant d'une allocation temporaire d'invalidité (ATI) ;
- 5) Agents reconnus inaptes à leurs fonctions sur avis du Comité médical départemental ou de la Commission de réforme :
 - Fonctionnaires affectés dans un poste correspondant à leur grade ;
 - Fonctionnaires reclassés dans un emploi d'un autre grade ou corps que celui d'origine ;
 - Agents non titulaires reclassés dans un autre emploi.

Les critères de recensement prennent en compte une réalité : la population active éprouvant des difficultés sur le poste de travail en raison de l'état de santé est plus importante que la population active identifiée en situation de handicap.

Ainsi, le concept de handicap ou d'incapacité est admis dans le milieu professionnel et « *représente avant tout les répercussions sur la vie sociale et professionnelle et non la déficience d'origine.* »⁷. Néanmoins, les préjugés liés à la différence et à la notion de capacité persistent : « *la tendance à attribuer toute une série d'incompétences aux personnes qui ont un problème de santé ou une déficience est encore prégnante. Les peurs et les préjugés sur le handicap demeurent encore très nombreux : peur de ne pas savoir s'y prendre ou d'avoir à assumer une part du travail d'un collègue en situation de handicap.* »⁸. La nature et le caractère visible ou non du handicap vont conditionner l'accueil et l'intégration des personnes handicapées.

⁷ FRANCOIS D., FOSSIER A., 2009, *Guide de l'employeur public, Recrutement et maintien dans l'emploi des personnes handicapées*, FIPHFP, p.55

⁸ CAIRA L., mai 2012, « Maintenir dans l'emploi des personnes en situation de handicap », *Soins Cadres*, n°82, p.28

1.1.2 Les contours de l'inaptitude pour raisons de santé

La notion d'inaptitude au travail est riche, tant par la diversité de ses origines que par la nature des solutions proposées. Les difficultés de santé à l'origine de l'inaptitude peuvent être liées au travail ou à l'inverse indépendantes de l'activité professionnelle. Selon la nature des problèmes de santé, l'incapacité peut apparaître progressivement ou à l'inverse, brutalement. L'inaptitude peut être partielle ou absolue sur le poste de travail ; enfin, elle peut être temporaire ou définitive et présenter un caractère évolutif. Son degré de « gravité » a des incidences sur la capacité de l'agent à exercer un emploi, et donc sur son avenir professionnel.

La notion d'inaptitude a été qualifiée par le législateur. Il est question, dans l'article 71 de la loi du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la Fonction publique Hospitalière, de « *fonctionnaires [...] reconnus par suite d'altération de leur état physique, inaptes à l'exercice de leurs fonctions* ». Les décrets d'application et la jurisprudence administrative viennent préciser cette notion. L'inaptitude physique doit être comprise au sens de l'inaptitude pour raisons de santé ; en effet, l'inaptitude d'ordre psychiatrique a été prise en compte par le juge administratif⁹.

En pratique, le médecin du travail, chargé dès l'embauche de donner son avis sur les capacités de l'agent à exercer ses fonctions sur un poste, émet un avis d'aptitude ou des « réserves d'aptitude », qu'il traduit, à l'exemple du Service de Santé au Travail (SST) du CHI de Poissy Saint-Germain-en-Laye en plusieurs catégories : « *aptitude avec restrictions sur le poste de travail ; aptitude avec aménagement de poste ; inaptitude temporaire ; inaptitude sur le poste mais aptitude sur un autre poste ; inaptitude à tous postes de travail* ». Si les restrictions d'aptitude s'appliquent pour une durée limitée et n'ont pas d'impact important, au contraire l'aménagement de poste se veut pérenne. L'inaptitude ou incapacité temporaire se traduit par un congé de maladie immédiat ; l'inaptitude définitive et absolue à l'exercice des fonctions a des conséquences à long terme sur le déroulement de carrière de l'agent. Le médecin du travail évalue ainsi, de manière quantitative et qualitative, la capacité de l'agent à effectuer les tâches d'un poste de travail dans l'établissement d'exercice. Lorsque les restrictions de tâches portent sur le cœur de métier, elles interrogent l'agent sur l'opportunité d'une reconversion professionnelle.

En matière de protection sociale, des prestations financières de compensation de l'incapacité ou de l'invalidité sont prévues. Le médecin conseil de la Sécurité Sociale

⁹ Arrêt de la Cour Administrative d'Appel de Nantes, 7 mars 1996, Mme Anne-Marie Y., n°94NT00609

évalue l'invalidité selon trois niveaux. Le critère de référence est la capacité à travailler : « victimes d'accident ou de maladie (1) qui peuvent travailler, (2) dans l'impossibilité de travailler, (3) dans l'impossibilité de travailler et devant avoir en outre recours à l'aide d'une tierce personne ».

Ces différents termes de vocabulaire se rapportent tous à une définition commune de l'état d'un individu se trouvant dans l'impossibilité d'accomplir pleinement une activité en raison de difficultés physiques, sensorielles, intellectuelles ou psychiques, résultant d'accidents, de déficiences ou de troubles divers. La diversité et parfois l'ambiguïté des termes de vocabulaire employés par les différents acteurs et même par le législateur ne sont pas sans conséquences sur l'interprétation des mesures que l'employeur public doit mettre en place.

1.1.3 Les facteurs et enjeux de la gestion des situations d'inaptitude des personnels hospitaliers

Des facteurs de risques pour la santé sont intrinsèques au contexte et aux métiers hospitaliers.

D'une part, les professionnels soignants et éducatifs représentent plus de 65% des personnels des établissements publics de santé¹⁰. Ils sont exposés durant leur carrière à de nombreux risques d'atteinte à leur intégrité physique ou psychique. La mobilisation répétée de patients lourdement handicapés et la manipulation quotidienne de charges lourdes constituent le premier facteur de problèmes physiques de santé. En effet, les troubles musculo-squelettiques (TMS) représentent 80 à 90% des affections d'origine professionnelle déclarées dans les fonctions publiques. La manipulation de produits chimiques est également fréquente dans les services hospitaliers et peut entraîner des maladies chroniques invalidantes, au même titre que les efforts physiques. Enfin, le contact avec les patients et usagers est un facteur de charge mentale importante à prendre en compte sur les postes des personnels soignants et administratifs en contact avec le public.

D'autre part, le vieillissement de la population active est un facteur d'augmentation du nombre d'agents en situation d'inaptitude. « *Le risque d'être confronté à un handicap augmente avec l'âge : 75 % des personnes handicapées le deviennent au cours de leur*

¹⁰ MINISTERE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTE, DIRECTION GENERALE DE L'OFFRE DE SOINS (ed.), mars 2011, *Synthèse annuelle des données sociales hospitalières, année 2008*, p.14

vie »¹¹. Il faut prendre en compte l'allongement de la durée des carrières ; ainsi, les agents sont exposés plus longtemps aux risques de développement de TMS et aux risques psycho-sociaux (RPS).

De plus, les études en santé publique font apparaître au sein de la population française une augmentation des maladies chroniques et un accroissement de la précocité de certaines maladies graves, telles que les pathologies cardiaques et les cancers. Ce sont des facteurs d'arrêts de maladie de longue durée des personnels. Des séquelles ou une fragilité persistante peuvent réduire de manière permanente la capacité des personnes à poursuivre leur activité professionnelle, bien que l'âge légal de la retraite ne soit pas atteint.

Egalement, des paramètres internes aux établissements hospitaliers vont influencer l'apparition de difficultés de santé des personnels hospitaliers. En effet, l'hôpital est une structure accueillant du public, dont certains services fonctionnent en activité continue. Le travail de nuit est facteur de risque reconnu pour la santé, car il modifie le rythme métabolique des personnels sur ces postes de travail. Des restructurations d'activités et réorganisations des modes de gestion des effectifs ont conduit à modifier les rythmes de travail ; certains personnels soignants alternent désormais un cycle de travail en 12 heures avec des journées de repos. A ce propos, il est constaté qu'ils assurent fréquemment des remplacements en cas d'absence inopinée d'un collègue. Cette pratique est liée aux contraintes budgétaires de gestion des effectifs et aux difficultés de recrutement portant sur certaines catégories de métiers. La fatigue générée peut, à long terme, se muer en usure professionnelle.

Les métiers exercés dans les établissements de santé sont diversifiés. Cela offre la possibilité aux personnels en situation d'inaptitude sur leur poste de travail de poursuivre une activité professionnelle en changeant de domaine professionnel. Néanmoins, le contexte économique et financier contraint est une réalité que les responsables des ressources humaines sont obligés de prendre en compte dans le processus de gestion des recrutements, des mobilités internes et de gestion des effectifs.

Ainsi, les enjeux de la gestion adaptée des carrières des personnels hospitaliers sont principalement humains et financiers. L'objectif est d'éviter la détérioration de l'état de santé de l'individu, sa désinsertion professionnelle et sociale durable, sa précarisation. Par ailleurs, un agent fonctionnaire en arrêt de maladie reste, par défaut, rémunéré par l'établissement public qui participe à la protection sociale. Il est donc plus favorable pour l'établissement de permettre à un agent de poursuivre son activité professionnelle sur un

¹¹ FIPHFP, 2010, *Comment poursuivre son activité professionnelle avec un handicap ?*, p.2

poste adapté. Cela aura pour effet indirect de réduire l'absentéisme et en conséquence d'améliorer la gestion des effectifs dans les services.

C'est pourquoi, un cadre juridique a été défini pour répondre aux enjeux propres au milieu hospitalier. Il constitue un enjeu supplémentaire pour l'employeur public.

1.2 Les principes juridiques et statutaires de la gestion de l'inaptitude pour raisons de santé

Le cadre juridique applicable dans les établissements publics hospitaliers est établi depuis de nombreuses années et donne des repères aux responsables des ressources humaines, en matière de protection sociale et professionnelle des fonctionnaires. Une obligation de moyens en vue d'un maintien dans l'emploi est ainsi exprimée à l'égard de l'employeur public, et dont les agents hospitaliers titulaires et stagiaires comme les agents contractuels bénéficient. En cas de litige, le contrôle juridictionnel portera alors sur les conditions de déroulement du processus.

1.2.1 La constatation de l'inaptitude : le rôle pivot du médecin de santé au travail

L'organisation de la médecine du travail a été précisée par décret du 30 janvier 2012. La formulation de l'aptitude au poste de travail d'un agent constitue une part importante de l'activité des SST. En effet, le médecin de santé au travail est le seul compétent pour évaluer l'aptitude d'un salarié à son poste de travail, à l'embauche et au cours de sa carrière. Il réalise des visites médicales de suivi périodique et particulier, notamment dans le cadre de la surveillance des agents en fin d'arrêt de travail et des agents BOE. Pour tout arrêt de travail de plus de trois mois, une visite médicale de pré-reprise est organisée par le médecin de santé au travail dans le mois précédant la reprise. Elle est complétée par la visite obligatoire de reprise organisée dans les huit jours de la reprise. L'anticipation de l'employeur n'est pas facilitée par ces délais réglementaires, sauf lorsque l'agent demande un rendez-vous auprès du SST au cours de son congé de maladie.

L'évaluation médicale porte sur les capacités physiques et psychiques et identifie le caractère temporaire ou permanent des réserves d'aptitude. *« Le rôle du médecin de santé au travail n'est pas d'évaluer les compétences des agents, mais d'éviter toute altération de la santé des agents du fait de leur travail. »*¹²

¹² SALOU M., RAJOT B., 2007, *Le reclassement pour inaptitude médicale*, coll. Les diagnostics de l'emploi territorial, hors série n°10, CIG Petite Couronne, p.17

En matière de santé et de sécurité au travail, le Code du Travail s'applique dans la Fonction Publique. Ainsi, l'article R.4624-31 du Code du Travail précise que « *Le médecin du travail ne peut constater l'inaptitude du salarié à son poste de travail [à l'issue d'un arrêt de travail] que s'il a réalisé :*

1° Une étude de ce poste ;

2° Une étude des conditions de travail dans l'entreprise ;

3° Deux examens médicaux de l'intéressé espacés de deux semaines, accompagnés, le cas échéant, des examens complémentaires. »

L'avis du médecin du travail a des incidences très importantes sur les possibilités de maintien dans l'emploi de l'agent.

En outre, en cas de congé de maladie ordinaire de plus de six mois, de congé de longue maladie ou de longue durée, l'avis du comité médical départemental est requis avant la reprise. Lorsque l'arrêt de travail est consécutif à un accident de travail (AT) ou en lien avec une maladie professionnelle (MP), l'avis médical est établi par la commission de réforme. Créées par décret du 11 janvier 1960, ces instances consultatives médicales sont sollicitées dans le cadre du processus de gestion des situations d'inaptitude. Les délais de réception des avis de ces instances ne permettent pas toujours à l'employeur d'anticiper la mise en place de mesures adaptées pour la reprise d'un agent.

Les avis médicaux transmis à l'employeur restent des avis simples. Néanmoins, l'employeur est tenu de justifier sa décision lorsqu'elle est contraire aux préconisations émises par le médecin de santé au travail. Le raisonnement du médecin du travail et celui de l'employeur doivent théoriquement se rejoindre : la logique juridique qui prédomine est celle de l'adaptation du poste de travail à l'individu, et non l'inverse.

1.2.2 Le maintien dans l'emploi de l'agent, un principe protecteur

Lorsqu'un agent titulaire, stagiaire ou contractuel ne peut plus exercer tout ou partie de ses fonctions pour raisons de santé, il peut demander un aménagement de son poste ou un reclassement dans un autre emploi. Les démarches favorisant le maintien dans l'emploi doivent être privilégiées à toute autre solution. Ces démarches répondent en effet aux problématiques économiques et sociales de l'insertion dans l'emploi, à l'opposé des perspectives de licenciement ou de mise en disponibilité d'office pour raisons de santé.

Les modalités de maintien dans l'emploi s'inscrivent dans un processus spécifique fondé par la loi du 9 janvier 1986 (articles 71 à 75) et mis en œuvre par décret du 8 juin 1989.

Le degré de l'inaptitude établi par le médecin de santé au travail conditionne les solutions que l'employeur pourra proposer à ses personnels en difficultés de santé :

- En cas d'inaptitude partielle aux fonctions exercées : aménagement du poste de travail ;
- En cas d'inaptitude absolue aux fonctions exercées : repositionnement sur d'autres fonctions, suivi ou non d'un reclassement, mise en disponibilité d'office pour raisons de santé ;
- En cas d'inaptitude à toutes fonctions : retraite, retraite anticipée pour invalidité, licenciement, radiation des cadres.

En premier lieu, l'obligation d'aménagement du poste de travail avant tout changement de poste s'applique aux agents contractuels dans les mêmes conditions que les fonctionnaires titulaires et agents stagiaires. L'aménagement du poste de travail peut consister en diverses mesures : installation de matériel ergonomique, allègement de tâches, changement d'organisation, aménagement du rythme de travail (par exemple : temps partiel thérapeutique, aménagement des horaires, exclusion du travail de nuit, etc.). A l'issue de l'aménagement de poste, trois cas sont envisagés :

- 1) L'état de santé de l'agent s'est amélioré : il peut reprendre ses fonctions d'origine ;
- 2) L'état de santé est consolidé : l'aménagement du poste peut devenir définitif ;
- 3) L'état de santé s'est dégradé : il ne peut plus assurer son poste, même aménagé. Un changement de poste doit être envisagé.

La fiche de poste est donc adaptée à l'état de santé physique de l'agent, sous réserve des nécessités de fonctionnement du service

En second lieu, soit en cas d'impossibilité d'aménagement du poste de travail, l'employeur s'orientera vers la recherche d'un autre poste adapté au profil de l'agent. L'agent étant titulaire de son grade mais ne l'étant pas de son poste, un changement d'affectation peut en effet lui être proposé. Le changement d'affectation, désigné sous le terme générique « reclassement » dans les textes législatifs et réglementaires, ne doit pas être confondu avec le « reclassement administratif » stricto sensu. En cas d'impossibilité de maintien de l'agent sur son poste d'origine aménagé, l'employeur peut le repositionner sur un poste de travail correspondant à son grade et dans lequel les conditions de service sont de nature à permettre à l'agent d'exercer ses fonctions, sans engager de modification statutaire. Ce poste peut aussi être aménagé selon les besoins de l'agent. Le changement d'affectation peut être temporaire ou définitif, en fonction de la nature du problème de santé de l'agent. L'initiative de l'employeur est soumise à l'avis du médecin de santé au travail.

En dernier lieu, le reclassement dans un autre grade de son corps ou dans un emploi relevant d'un autre corps, dit « reclassement administratif ou statutaire », est proposé lorsque l'aménagement du poste d'origine ou le changement d'affectation sur un emploi correspondant au grade d'origine se révèlent impossibles.

Le comité médical départemental doit confirmer l'inaptitude définitive de l'agent à l'exercice de ses fonctions. Le reclassement est un principe général du droit applicable aux agents titulaires et stagiaires comme aux agents contractuels¹³. Le reclassement administratif ne doit pas être imposé par l'employeur ; néanmoins, celui-ci peut informer et inviter l'agent à présenter une demande de reclassement.

Le reclassement implique une modification de la situation statutaire de l'agent, soumise à l'avis de la Commission Administrative Paritaire compétente (CAP). Les voies de reclassement administratif sont différentes en fonction du niveau du corps d'accueil :

- Accès à un corps de niveau inférieur ou équivalent au corps d'origine : procédure de détachement suivi ou non d'une intégration ;
- Accès à un corps hiérarchiquement supérieur : concours, examen professionnel, recrutement sans concours.

En pratique, le recours au reclassement administratif est peu développé. En effet, si l'agent conserve son traitement indiciaire, il perd en revanche les avantages pécuniaires liés à son ancien grade (primes et indemnités). Il est également nécessaire d'évaluer le parcours de carrière d'un agent qui, par un reclassement statutaire, perdrait ses droits d'accès à la retraite des catégories actives. Ainsi, il est parfois plus judicieux de maintenir l'agent dans son grade d'origine. Néanmoins, le déroulement de carrière des personnels repositionnés sans reclassement statutaire n'est pas en lien avec leur nouveau métier.

C'est ainsi que les agents repositionnés sur un autre poste de travail correspondant au grade d'origine, après avis favorable du comité médical, et ceux qui ont présenté une demande de reclassement sont comptabilisés en tant que BOE, conformément à l'article L.323-5 du Code du Travail.

En définitive, au-delà des différences de procédures, l'aménagement du poste ou le changement d'emploi nécessitera, de la part de la collectivité comme de l'agent, une préparation, une prise de décision et des démarches spécifiques. L'inaptitude absolue à l'exercice des fonctions déclenche souvent une démarche progressive de reconversion professionnelle. Des hypothèses alternatives au maintien dans l'emploi peuvent être envisagées après l'échec des recherches de possibilités de reclassement par l'employeur public, ou le refus du poste par l'agent.

¹³ Arrêt du Conseil d'Etat, 2 octobre 2002, Chambre de Commerce et d'Industrie de Meurthe et Moselle contre Mme F.

1.2.3 Les parcours alternatifs à l'emploi et la protection sociale des agents publics

Dans le cadre de l'analyse des possibilités d'emploi d'un agent en situation d'inaptitude sur son poste à la suite d'un congé de maladie, il est important de connaître les règles de protection sociale applicables aux personnels fonctionnaires, stagiaires et contractuels. Cela permet d'étudier les possibilités de mise en œuvre des procédures alternatives à l'emploi, sans mettre en danger la situation financière personnelle de l'agent : prolongation d'un congé de maladie, mise en disponibilité d'office pour raisons de santé, retraite anticipée pour invalidité, licenciement pour inaptitude physique.

Les agents titulaires et stagiaires en activité bénéficient d'un régime spécial de sécurité sociale. En conséquence, lors d'un congé de maladie et sous conditions de droits statutaires, l'agent fonctionnaire en activité perçoit des prestations en espèces au moins égales à celles prévues par le régime général de la sécurité sociale, versées par l'employeur. Lorsque le fonctionnaire ou l'agent stagiaire ne remplit pas les conditions d'ouverture de droits, il peut percevoir des indemnités journalières prévues par le régime général de la sécurité sociale. Ainsi, le maintien du plein traitement d'un agent est prévu pour une durée limitée, déterminée pour chaque type d'arrêt de maladie, sauf en cas d'AT-MP. Des conditions d'ancienneté de services des agents contractuels détermineront le régime de protection sociale en cas d'arrêt de maladie. L'existence d'un seuil au-delà duquel l'agent ne perçoit plus l'intégralité de son traitement a des conséquences sociales et pourra motiver la reprise d'activité professionnelle, alors même que l'état de santé de l'agent ne serait pas stabilisé.

En cas d'impossibilité de reclassement de l'agent, soit par l'absence de poste vacant adapté aux capacités de l'agent, soit en cas de refus de celui-ci, l'employeur dispose d'outils réglementaires alternatifs à un maintien dans l'emploi, selon le statut de l'agent.

D'une part, le fonctionnaire titulaire déclaré inapte à l'exercice de ses fonctions, dont les droits à congés de maladie sont épuisés et ne pouvant pas être reclassé sur un autre emploi, peut être placé en disponibilité d'office pour raisons de santé. Cependant, la durée de la disponibilité est limitée, et l'agent perd ses droits à traitement, avancement et retraite. Il perçoit des indemnités journalières équivalentes à un demi-traitement, sous conditions. A l'issue d'une disponibilité d'office, l'agent fonctionnaire est réintégré, ou s'il est reconnu inapte, il est alors admis à la retraite ou licencié.

D'autre part, l'agent stagiaire inapte à reprendre ses fonctions est placé en congé sans traitement à l'expiration des droits à congés de maladie. De même que pour l'agent contractuel, l'agent stagiaire déclaré définitivement inapte à la reprise de toutes fonctions

dans l'établissement peut être licencié pour inaptitude physique. Une protection sociale particulière du risque invalidité est mise en place, après détermination de l'imputabilité ou non du problème de santé au service. Le fonctionnaire titulaire peut également être licencié, s'il n'a pas droit à pension de retraite et en cas de refus de postes dans le cadre d'une procédure de reclassement.

Enfin, la mise à la retraite par anticipation pour invalidité d'un fonctionnaire titulaire peut être une solution envisagée d'office par l'employeur ou demandée par l'agent lorsque celui-ci est déclaré définitivement inapte à l'exercice de ses fonctions, à l'issue de ses droits à congés de maladie ordinaire, de longue maladie ou de longue durée, sous condition d'échec d'une procédure de reclassement. La limite d'âge légal de la retraite ne doit pas être atteinte. La pension est majorée en cas d'invalidité en lien avec l'activité professionnelle. L'agent stagiaire peut également bénéficier d'une pension ou d'une rente d'invalidité, sous conditions déterminées par la Caisse Nationale de Retraite des Agents des Collectivités Locales (CNRACL). Les réformes des retraites de 2003 et 2010 repoussant l'âge légal de la retraite doivent être prises en compte dans le cadre d'une demande de mise à la retraite pour invalidité.

De la sorte, la réglementation prévoit des procédures alternatives à l'emploi lorsque l'agent ne peut reprendre une activité professionnelle. La protection sociale permet un maintien de tout ou partie du revenu en cas d'arrêt de maladie ou de retraite anticipée. Des prestations spécifiques viennent compléter ce dispositif :

- L'allocation adulte handicapé (AAH), lorsque le taux d'incapacité est au moins égal à 50% et si les droits à l'invalidité ne sont pas ouverts ;
- L'allocation d'invalidité temporaire en cas d'impossibilité de reprendre une activité à l'expiration des droits statutaires à congé de maladie ;
- L'allocation temporaire d'invalidité versée en supplément de la rémunération de l'agent en poste, en cas d'AT-MP ;

En outre, l'agent titulaire ou stagiaire en congé de maladie prolongé dans l'attente d'une décision du comité médical ou de la commission de réforme bénéficie d'un maintien du demi-traitement à l'expiration de ses droits statutaires à congé de maladie, par décret du 5 octobre 2011.

En définitive, le cadre juridique définit précisément les principes de gestion des carrières et des contrats des agents en difficultés de santé, en cas de difficultés de santé. Il garantit les droits des fonctionnaires titulaires et agents stagiaires, mais également ceux des agents contractuels de droit public, en affirmant l'obligation de moyens d'emploi et de protection sociale de l'employeur envers les personnels hospitaliers. Toutefois, ni les

décrets d'application, ni la jurisprudence administrative ne précisent clairement les modalités et les délais dans lesquels l'employeur public doit formuler des propositions d'emploi adapté aux capacités de l'agent. En conséquence, les employeurs publics restent assez autonomes dans le traitement de cette problématique, en fonction notamment du contexte particulier de l'établissement.

1.3 La conduite d'une étude de terrain : les dimensions de la problématique dans un contexte opérationnel

Afin d'apprécier précisément la problématique de gestion des situations d'inaptitude pour raisons de santé et la mise en œuvre opérationnelle des principes juridiques de la fonction publique hospitalière, une étude de terrain a été conduite dans un établissement public hospitalier.

1.3.1 La méthodologie et le périmètre de l'étude

L'étude de cette thématique est fondée sur une demande du directeur chargé des ressources humaines du Centre Hospitalier Intercommunal de Poissy Saint-Germain-en-Laye, un état des lieux du dispositif existant devant conduire à identifier les « points critiques » et à formuler des préconisations. En effet, le contexte particulièrement contraint en termes de gestion des effectifs a conduit le directeur RH de cet établissement à amorcer une réflexion sur les modalités de gestion des carrières des agents ayant des difficultés de santé. Le directeur RH avait pour projet initial de rappeler aux acteurs les principes juridiques généraux, tout en dynamisant la prise en charge individualisée.

Le périmètre de l'étude est circonscrit à la gestion des situations d'inaptitude partielle ou absolue à l'exercice des fonctions des personnels non médicaux, hors inaptitude liée au comportement ou aux compétences. Les personnels médicaux, moins nombreux et dont la carrière est gérée par le Centre National de Gestion (CNG), ne sont pas évoqués dans cette étude.

Il paraissait important de décrire, en présentation de cette étude, les dispositions législatives relatives à l'emploi des travailleurs handicapés (TH). Les personnels reconnus en situation d'inaptitude intègrent la proportion de 6% d'emploi des TH et les mesures prises peuvent bénéficier à tous les personnels de l'établissement. Néanmoins, il s'agit d'axer l'étude sur le maintien dans l'emploi d'agents qui se trouvent en difficulté sur leur poste de travail pour raisons de santé ; le plan d'action proposé est donc ciblé sur cette thématique.

L'étude de terrain s'est déroulée au cours des périodes de stage professionnel, soit entre juillet et octobre 2012. Outre la participation à deux réunions de la « Commission de Retour et de Maintien dans l'Emploi » (dite « commission RME »), cette étude prévoyait la rencontre des principaux acteurs du recrutement et du maintien dans l'emploi dans l'établissement, mais aussi des acteurs d'autres structures¹⁴. Ainsi, des entretiens individuels semi-directifs ont été conduits au sein de l'établissement principal de l'étude, appuyés sur des guides d'entretien adaptés¹⁵ :

- Des entretiens périodiques avec les deux directeurs RH de l'établissement ;
- Neuf entretiens individuels auprès des acteurs du maintien dans l'emploi, soit l'ensemble des membres de la commission RME ;
- Sept entretiens avec l'encadrement (directeur adjoint, cadres paramédicaux de pôle, cadres de service) ;
- Un entretien auprès de deux partenaires sociaux.

Ces entretiens avaient pour objectifs de qualifier les représentations de la problématique, d'identifier les difficultés et les attentes des acteurs du maintien dans l'emploi. Des entretiens individuels supplémentaires ont permis de recueillir le point de vue de deux interlocuteurs extérieurs, experts de la thématique étudiée, et d'enrichir les réflexions. L'un des interlocuteurs est un professionnel exerçant en établissement public de santé, l'autre exerce dans une structure administrative de droit privé. Chaque entretien a fait l'objet d'un compte-rendu retranscrivant les principaux propos, puis d'une analyse groupée des constats, des difficultés et des propositions des interlocuteurs.

En outre, une analyse des données quantitatives a repositionné l'établissement de santé dans le contexte national hospitalier, et a apporté des informations objectives sur la gravité de la problématique et sur le profil des agents en difficulté de santé.

En amont et en parallèle de l'enquête de terrain, une analyse juridique a été menée en vue de sécuriser les principes de gestion de la DRH. Des recherches bibliographiques ont permis d'identifier les enjeux contextuels et les différents niveaux d'action en lien avec cette thématique : national, régional, départemental, local. Un rapport publié en décembre 2011 par l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS), intitulé « Evaluation du dispositif de reclassement des fonctionnaires déclarés inaptes à l'exercice de leurs fonctions pour des raisons de santé », s'appuyait lui aussi sur des expériences d'établissements publics hospitaliers¹⁶. Ces recherches ont apporté une meilleure compréhension des aspects de la problématique et des thèmes associés : absentéisme,

¹⁴ Annexe 1 : Liste des interlocuteurs rencontrés en entretien

¹⁵ Annexe 2 : Guides d'entretiens semi-directifs

¹⁶ KRYNEN B., YENI I., FOURNALES R., décembre 2011, *Evaluation du dispositif de reclassement des fonctionnaires déclarés inaptes à l'exercice de leurs fonctions pour des raisons de santé*, IGAS, IGA, pp.48-49

handicap, risques professionnels, protection sociale, etc. La lecture d'une documentation riche et variée a facilité les échanges avec les professionnels et experts, lors des entretiens individuels.

1.3.2 Les points forts et les limites de l'étude

Principalement, le centre hospitalier étudié présente une situation financière dégradée. Dans ce contexte très contraint, le climat social est particulièrement malaisé. Bien que cette problématique puisse constituer un levier d'amélioration du dialogue social, elle ne représente pas un axe de première importance de la stratégie de l'établissement en termes de gestion des ressources humaines. A moyen terme, il sera peut être donc plus difficile de mettre en œuvre un plan d'actions structuré. A l'inverse, la recherche de solutions innovantes pourra s'avérer plus fructueuse tant la marge de manœuvre réduite impose aux acteurs d'être créatifs.

Ensuite, le centre hospitalier a mis peu d'actions en place sur la problématique étudiée. Cela a permis de proposer un plan d'action global. Les compétences sollicitées au cours de la conduite de l'étude et de la mise en œuvre des préconisations ont été diversifiées : expertise juridique et élaboration de supports, management des processus et des acteurs, évaluation et suivi des actions.

Certaines limites sont intrinsèques à la méthode de l'étude. L'enquête qualitative réalisée n'a pas été complétée par une enquête quantitative par questionnaires. Des établissements de santé auraient pu être interrogés sur leurs difficultés et les actions qu'ils ont pu mettre en place. Néanmoins, il aurait peut-être été intéressant d'envoyer un questionnaire succinct. Mais, dans ce type d'enquête, le retour d'un nombre suffisant de réponses n'est pas garanti. Le délai de réalisation de l'étude ne permettait pas l'emploi d'une telle méthode. Finalement, le contact direct avec des interlocuteurs experts de cette thématique a permis de recueillir des informations exhaustives et pertinentes.

Enfin, le nombre de professionnels extérieurs à l'établissement principal de l'étude est restreint car des prises de contacts n'ont pu aboutir. Le choix des interlocuteurs était important ; l'un d'eux a publié un article dans une revue professionnelle et est chargé à temps plein du management du processus de gestion des situations d'inaptitude.

Les interlocuteurs travaillant dans l'établissement ont également été choisis. Le directeur d'établissement a autorisé la rencontre des partenaires sociaux. Toutefois, il ne souhaitait pas la conduite d'entretiens avec des personnels qui ont vécu un aménagement de leur

poste, un reclassement ou une reconversion professionnelle. En effet, leur situation médicale pouvait ne pas être consolidée, leur projet de reconversion professionnelle non abouti, leur situation professionnelle mal vécue. Malgré cela, des retours d'expériences et le ressenti des personnels ont pu être rapportés par les cadres de proximité et les partenaires sociaux.

* * *

En définitive, le CHI de Poissy Saint-Germain-en-Laye, en tant que lieu d'accueil en stage professionnel, a constitué un terrain d'observation et d'enquête active représentatif du contexte hospitalier public général. Les enjeux nationaux présentés s'appliquent au contexte local. Néanmoins, il faut tenir compte des problématiques spécifiques et les mesures déjà existantes concernant la thématique étudiée.

* * *

2 La gestion des agents en situation d'inaptitude : état des lieux d'une démarche en construction

Le choix du terrain de stage a conduit à observer une situation hospitalière représentative du milieu hospitalier. La méthode d'étude retenue prévoyait de recueillir et analyser des données quantitatives et qualitatives. L'état des lieux correspond ainsi à la situation propre au CHI de Poissy Saint-Germain-en-Laye mais relève des difficultés communes à l'ensemble des établissements publics de santé.

2.1 Le terrain d'observation principal, représentatif des établissements publics de santé français

L'hôpital étudié est une structure comparable aux centres hospitaliers français, par ses activités cliniques diversifiées mais aussi par son architecture et sa plate-forme logistique. Les problématiques sont donc analogues. Certaines caractéristiques spécifiques doivent être prises en compte dans l'analyse des situations d'inaptitude d'ordre médical.

2.1.1 Les caractéristiques générales d'activité de l'établissement

Le CHI de Poissy Saint-Germain-en-Laye est un établissement public de santé implanté en Ile-de-France. Il dispose de 1221 lits et places et couvre un bassin de population d'environ 700 000 habitants. Il assure en moyenne 180 000 consultations par an.

Cet établissement offre une prise en charge de proximité :

- de court séjour en médecine (403 lits et places), chirurgie (158 lits et places) et obstétrique (89 lits et places) ;
- de moyen séjour en soins de suite et de réadaptation (90 lits et places) ;
- de long séjour en gériatrie : Unité de Soins de Longue Durée (136 lits USLD) et Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (100 lits EHPAD) ;
- de psychiatrie (171 lits et places) ;
- et de soins infirmiers à domicile (16 places HAD/SSIAD).

Les activités médicales sont réparties au sein de 8 pôles cliniques regroupant 51 services de soins. La prise en charge des urgences est organisée autour d'un Service d'Accueil des Urgences (SAU) et d'un Service Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR) coordonné par le Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU) et disposant d'un hélicoptère.

Chaque année, 17 000 urgences obstétricales sont orientées vers les services de la maternité de niveau 3, qui réalisent plus de 4400 accouchements par an.

Les activités sont réparties sur deux sites principaux, distants de sept kilomètres. Les deux hôpitaux historiques ont fusionné en 1997. Le bâtiment du site de Poissy a été reconstruit en 1967. Le site de Saint-Germain-en-Laye est progressivement restructuré depuis 1965, tout en conservant une partie historique datant de 1881. Des sites périphériques sont dédiés à la prise en charge gériatrique ou psychiatrique. Globalement, les locaux ne sont pas équipés de systèmes modernes de logistique et manquent d'accessibilité aux personnes handicapées.

Par ailleurs, l'établissement poursuit en 2012 la mise en œuvre de mesures de redressement financier sur cinq ans, dans le cadre d'un plan de retour à l'équilibre financier (PREF), contractualisé avec l'Agence Régionale de Santé d'Ile-de-France (ARS-IDF). Le budget d'exploitation de l'établissement s'élève à 282 millions d'euros. Le déficit global prévisionnel s'élève à 7,9 millions d'euros en 2012, soit 3% du budget consolidé. Deux leviers majeurs de réduction de la dette sont retenus : une diminution des charges de personnel non médical, de logistique et de support et une augmentation des recettes issues de la tarification à l'activité.

2.1.2 La gestion des ressources humaines dans l'établissement

Le CHI de Poissy Saint-Germain-en-Laye emploie plus de 3000 personnels non médicaux (CDD compris) et 400 personnels médicaux auxquels il faut ajouter près de 150 internes et étudiants en médecine et pharmacie. L'effectif global des personnels est en diminution de 2,4% entre 2010 et 2011. La masse salariale représente 61% du budget d'exploitation. Parmi les personnels non médicaux, 78% sont titulaires ou stagiaires, 20% sont en Contrat à Durée Indéterminée (CDI) et 2% en Contrat à Durée Déterminée (CDD).

Le taux de turn-over global du personnel non médical pour l'année 2011 est évalué à 27,9%. Il est assez élevé mais en diminution par rapport à 2010. Ce taux est hétérogène selon les filières de métiers.

La Direction des Ressources Humaines du CHI de Poissy Saint-Germain-en-Laye est chargée de la gestion du personnel et de la mise en œuvre de la politique sociale de l'établissement. Elle est organisée depuis peu en six secteurs : (1) *Recrutement et gestion des contrats* (2) *Paye, études et prévisions* (3) *Gestion des carrières* (4) *Formation, gestion des stages et concours* (5) *Gestion des conditions de travail et de la politique sociale* (6) *Affaires médicales*.

Le secteur « Conditions de travail et politique sociale » regroupe le service de santé au travail, le psychologue du travail, l'assistante sociale du personnel et les crèches du personnel. La DRH du CHI de Poissy Saint-Germain-en-Laye n'a pas identifié de référent chargé des conditions de travail. L'établissement emploie deux médecins de santé au travail (1,8 ETP).

Le projet social est en cours d'élaboration, dans le cadre d'une démarche concertée avec les organisations syndicales, laissant place à la participation des professionnels de terrain. La construction partagée du projet social se fonde sur les résultats d'une enquête de satisfaction des personnels dont les résultats ont été publiés en avril 2012 et à laquelle 51% d'entre eux ont répondu.

Sept axes de travail ont été retenus : (1) *Information et communication interne*, (2) *Relations professionnelles*, (3) *Qualité de vie au travail*, (4) *Conditions de travail*, (5) *Accueil et intégration des nouveaux agents*, (6) *Gestion des carrières*, (7) *Formation*.

L'un des objectifs de l'axe relatif à la gestion des carrières porte sur le traitement ciblé des situations d'agents devant réintégrer un poste après un arrêt prolongé de maladie.

Le plan d'actions issu du projet social, relatif à la gestion des situations d'inaptitude, pourra s'inscrire dans la continuité des actions prévues dans le volet 2 « *Améliorer l'adaptation au poste de travail et aux nouvelles organisations* » du Programme annuel de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail (PAPRIPACT) pour l'année 2011. En vue d'un objectif général d'amélioration du suivi des agents affectés sur des postes aménagés, le PAPRIPACT prévoyait la mise en place en 2011 d'une commission de retour et de maintien dans l'emploi (dite « commission RME »). Les objectifs de cette commission sont de créer une dynamique d'anticipation, optimiser les aménagements de poste, accompagner les agents et formuler des propositions d'ordre général. Des actions concrètes ont été formulées :

- Elaborer une charte de fonctionnement de la commission, à valider en Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT) ;
- Elaborer une cartographie des postes aménageables en concertation avec les cadres des services ;
- Prévoir la présentation annuelle en CHSCT du bilan d'activité de la commission RME.

Par ailleurs, le document unique d'évaluation des risques professionnels a été validé par le CHSCT et diffusé en juillet 2012.

2.1.3 Les modalités internes de gestion de l'inaptitude

Conformément à l'engagement du PAPRI Pact 2011, la commission RME a été recréée en décembre 2011 et se réunit mensuellement. Sa composition est pluridisciplinaire :

- Directeur des ressources humaines et responsables RH en charge du recrutement, de la gestion des carrières, de la formation continue ;
- Coordonnateur général des soins ;
- Médecins de santé au travail de l'établissement ;
- Assistante sociale du personnel ;
- Psychologue du travail.

L'objectif annoncé de la commission est de « *réinsérer des agents suite à une maladie ou à un accident ayant entraîné un handicap et donc une certaine incapacité de travail, et de faciliter la mobilité des agents ne pouvant plus travailler au sein de leur service actuel* ».

La commission RME hérite d'un passé conflictuel ; une commission « réinsertion et conditions de travail » ayant fonctionné de 2000 à 2005. Sa dissolution est liée à des désaccords entre les membres, fondés sur le principe de confidentialité. Par la suite, la concertation entre acteurs du processus de gestion de l'inaptitude a été maintenue de manière informelle. La commission a été réactivée en réponse à un besoin lié aux contraintes managériales de l'établissement, et aussi pour améliorer les échanges entre les médecins de santé au travail et les acteurs du recrutement et du maintien dans l'emploi (DRH et Direction des soins). L'objectif sous-jacent est de mieux appréhender les différents aspects et l'histoire de vie qui constituent la situation singulière d'un agent.

Le fonctionnement de cette commission RME est récent. Cela explique l'absence de communication en CHSCT ainsi qu'une organisation peu formalisée, à l'exception d'un relevé de décisions qui permet de suivre les dossiers étudiés¹⁷. La charte prévue dans les actions du PAPRI Pact 2011 n'a pas été formalisée à la création de la commission.

Entre décembre 2011 et octobre 2012, la commission RME s'est réunie 7 fois. 19 dossiers ont été clôturés, soit 43 % des 44 dossiers ouverts. Le profil des agents dont la situation a été traitée est diversifié. Ce sont majoritairement des soignants, des agents peu qualifiés, des femmes, dont la moyenne d'âge est avancée. En effet, 21 agents sont aides-soignants, auxiliaires de puériculture ou agents des services hospitaliers. La recherche de solutions sera différente pour les 9 agents en CDI, les 33 agents titulaires ou les 2 agents en période de stage.

¹⁷ Relevé de décisions sous forme de tableau de bord comprenant initialement les informations suivantes : *Nom / Prénom / Age / Typologie d'arrêt (type de congé, mise en disponibilité) / Statut (titulaire, CDI) / Grade / Service-site / Position actuelle / Proposition en commission / Responsable de l'action / Suite à donner (situation résolue, à revoir ou non concerné)*

De plus, les 44 agents sont répartis dans les pôles cliniques et dans certains services administratifs, hors pôle *Urgences – SMUR – Réanimation*. Plus particulièrement, des agents sont affectés en maternité, USLD et dans le service brancardage. Leur arrivée dans le service est généralement récente. Leur ancienneté dans l'établissement est très variable, la moyenne d'ancienneté étant portée à 16 ans.

Cette cartographie fait état des situations au mois d'octobre de l'ensemble des agents pris en charge par la commission depuis sa création ; soit ceux dont la situation est résolue et ceux en arrêt de maladie ou en attente d'une évolution professionnelle. Ainsi, parmi les 44 dossiers traités par la commission :

- 20 agents sont en poste dans un service, dont 3 agents en temps partiel thérapeutique.
- 19 agents sont en arrêt de maladie, dont 4 pour AT-MP et 8 pour un congé sur une période prolongée. Parmi ces 19 agents, 7 perçoivent un demi-traitement.
- Enfin, 2 agents ne sont plus en position d'activité ; l'un a demandé une disponibilité pour convenance personnelle et l'autre a été radié des cadres pour abandon de poste, après une longue période d'investigation de la commission RME.

Depuis octobre 2012, les avis d'aptitude médicale sont communiqués à tous les membres de la commission RME. Parmi l'ensemble des dossiers présentés en réunions, trois dossiers ne concernaient finalement pas le champ de compétence de la commission. Les médecins de santé au travail de l'établissement ont prononcé 39 avis :

- 4 aptes au poste de travail ;
- 4 aptes avec restrictions ;
- 11 aptes avec aménagement de poste ;
- 6 inaptes temporaires au poste, ce sont donc des agents en arrêt maladie ;
- 12 inaptes au poste mais aptes à un autre poste ;
- 2 inaptes à tous postes de travail.

La commission RME s'inscrit dans le cadre plus large de la politique sociale. Il est donc de la responsabilité du directeur RH d'élaborer un plan d'action global visant cette problématique de prise en charge et de prévention de l'inaptitude.

2.2 Les caractéristiques et indicateurs statistiques

Le recueil et l'analyse de données statistiques a pour but de qualifier la problématique dans un contexte précis. L'objectif de cette étape est de quantifier l'importance du phénomène et des facteurs générateurs de situations d'inaptitude. Des indicateurs sont communément analysés dans le bilan social annuel : taux d'absentéisme global et par type d'arrêt, travailleurs handicapés, activité du service de santé au travail. Pour autant, l'établissement n'a pas développé de tableau de bord permanent et partagé en vue d'un repérage et un suivi des agents « à risque » d'inaptitude.

2.2.1 Le profil des travailleurs handicapés

Chaque année, la DRH procède au recensement des travailleurs handicapés au sens des articles L.5212-13, L5212-15 et L.323-5 du Code du Travail. Ces données sont adressées à la CNRACL. Le recensement n'est pas fondé sur un système d'information permanent ; une liste est réactualisée chaque année par le secteur « carrières » de la DRH au vu des informations communiquées notamment par le service de santé au travail.

Le CHI de Poissy Saint-Germain-en-Laye répond aux conditions d'emploi de 6% de travailleurs handicapés. Au 1^{er} janvier 2011, l'établissement a recensé 201 agents BOE, personnels non médicaux :

- 1) Travailleurs handicapés : 6 ;
- 2) Agents titulaires d'une pension ou d'une rente d'invalidité : 0 ;
- 3) Fonctionnaires recrutés sur des emplois réservés : 0 ;
- 4) Fonctionnaires bénéficiant d'une allocation temporaire d'invalidité (ATI) : 31 ;
- 5) Agents « reclassés » : 164.

Chaque année, l'établissement recense entre 150 et 200 agents dits « reclassés ». Conformément à la réglementation, ces agents ont été repositionnés après avis du comité médical départemental, avec ou sans reclassement statutaire. Les demandes de reclassement statutaire ne sont pas quantifiées, mais peu fréquentes.

Pour établir la cartographie des agents en situation d'inaptitude, l'on peut considérer que l'ensemble des agents BOE se sont trouvés en situation d'inaptitude au poste de travail, et sont par conséquent soit sur un poste aménagé, soit reclassés sur un autre emploi. En 2011, 80% des 201 travailleurs handicapés sont des femmes. La moyenne d'âge est de 47 ans, sur une échelle de 26 à 62 ans (78% ont plus de 40 ans). Le nombre d'agents reclassés augmente avec l'âge, quelle que soit la filière de métier. En parallèle, les

interlocuteurs interrogés au CHI de Poissy Saint-Germain-en-Laye constatent un rajeunissement des agents en situation d'usure professionnelle précoce. Les accidents du travail surviennent à tout âge de l'agent, pouvant conduire un agent en début de carrière à une inaptitude définitive.

Par ailleurs, 95% des travailleurs handicapés recensés sont des fonctionnaires titulaires. 6 agents sur 10 sont des soignants (122 agents). Les autres agents sont des personnels techniques (33 agents), administratifs (26 agents) et médico-techniques (20 agents).

Egalement, 71% des agents recensés exercent à un grade de la catégorie C de la FPH (142 agents), dont majoritairement des aides-soignants (39%), des agents des services hospitaliers (24%) et des personnels techniques (23%). La faible qualification de ces agents doit être prise en compte dans le processus de reclassement.

Le recensement des travailleurs handicapés n'informe pas sur la répartition de ces agents dans les services, sur le type de poste occupé après un reclassement, ni sur la nature des restrictions médicales d'aptitude. Cette cartographie permet de décrire uniquement le profil général des travailleurs handicapés en milieu hospitalier, auquel correspond précisément l'échantillon de dossiers étudiés par la commission RME.

2.2.2 Le suivi de l'absentéisme pour motif médical : un indicateur déterminant

Le bilan social fait état du taux d'absentéisme et de son évolution par rapport aux deux années précédentes. L'absentéisme pour motif médical est également suivi de manière informelle mais permanente par la direction des ressources humaines et le SST du CHI de Poissy Saint-Germain-en-Laye. Les situations d'agents en absence de longue durée ou présentant des épisodes d'absentéisme répétés sont ainsi ciblées.

L'absentéisme peut être traduit comme étant un indicateur de la qualité des conditions de travail. Il faut pour cela exclure certains types d'absences : formation, congé de maternité, absence non justifiée, etc. Il faut également observer les arrêts suite à un accident de travail et affiner les données au regard de critères d'âge ou de métier.

En 2011, le taux d'absentéisme global des personnels non médicaux s'élève à 11,1% au CHI de Poissy Saint-Germain-en-Laye. Le taux d'absentéisme corrigé (hors congé de maternité, de paternité ou d'adoption) s'élève à 8,7% du nombre de journées théoriquement travaillées. Ce taux est en augmentation par rapport à 2010 et 2009. Il est supérieur au taux d'absentéisme de 6,8% constaté en 2010 dans les établissements de

plus de 100 agents¹⁸. Concrètement, 1676 agents ont présenté un ou plusieurs épisodes d'arrêt de maladie. Le nombre de jours moyens d'absence du personnel non médical est de 24,86 en 2011. Le cumul des journées d'absence est réparti comme suit :

- 47% sont des congés de maladie ordinaire ;
- 38% sont des congés de longue maladie, longue durée ou de grave maladie ;
- 10% sont déclenchés suite à un accident de travail, de service ou de trajet ;
- 5% sont liés à une maladie professionnelle.

Le taux d'absentéisme est plus élevé dans certains secteurs, par exemple : entre 12 et 15% chaque mois dans les secteurs logistiques, en moyenne 15% en service restauration, 16,6% dans le pôle *Gériatrie – Neurologie – Rééducation*.

Selon le bilan social 2011, 164 accidents du travail (hors accidents de trajet) ont déclenché un arrêt de travail. Cela représente 4911 journées en congé de maladie, et concerne les personnels non médicaux (197 agents) et médicaux de l'établissement. De plus, 26 maladies professionnelles ont été déclarées en 2011, dont 18 concernent des personnels soignants. Selon le rapport technique 2011 de l'un des deux médecins de santé au travail, « *sans surprise les AT en 2011 sont surtout des lésions musculo-squelettiques secondaires à des efforts lors du port de charge : matériel, manutention de patients. Autant d'atteintes du membre supérieur que du membre inférieur, un peu moins de rachis.* » Environ 75% concernaient des personnels soignants. Les conditions de survenue étaient diversifiées, mais se répétaient régulièrement au SAU et en USLD.

Par ailleurs, le taux d'absence pour maladie prolongée est en baisse en 2011 par rapport à 2010. Ainsi, 67 agents ont été absents toute l'année, dont 53 en congé de longue maladie, congé de longue durée ou congé de grave maladie. Ce sont des agents pour lesquels un processus de réintégration professionnelle devra être déclenché en cas d'aptitude médicale au travail, non seulement du fait de la durée exceptionnelle des arrêts mais aussi car souvent les pathologies sont lourdes et réduisent la capacité de travail.

Le coût de l'absentéisme est également indiqué dans le bilan social de l'établissement. Ces données mettent en exergue le poids financier de l'absentéisme pour motif médical :

	Année 2011
CLM, CLD et congé de grave maladie	2 913 021 €
Arrêt pour accident de travail, de service ou de trajet	668 971 €
Arrêt pour maladie professionnelle	480 018 €
Total	4 062 010 €

¹⁸ SOCIETE FRANCAISE DE COURTAGE D'ASSURANCES HOSPITALIERES (SOFCAH), octobre 2011, « Absences au travail pour raison de santé dans les établissements hospitaliers - 2010 », *Analyse et Conjoncture*, p.2

Ainsi, le montant des salaires versés pendant les journées d'absence représente 3% de la masse salariale du personnel non médical de l'établissement. Ces dépenses sont doublées du fait de dépenses de remplacement des agents et de dépenses en heures supplémentaires des agents présents.

2.2.3 L'activité du service de santé au travail : surveiller et protéger la santé des personnels hospitaliers

Les médecins de santé au travail suivent l'absentéisme et évaluent l'état de santé des agents lors de la reprise après un arrêt pour motif médical. Ils surveillent la survenue d'accidents du travail et de maladies professionnelles, dans une démarche de repérage des risques professionnels. Effectivement, « *l'analyse des accidents du travail et maladies professionnelles, ainsi que les absences pour raisons médicales est un moyen de repérer les postes « sensibles » physiquement et mentalement, et potentiellement générateurs de reclassement.* »¹⁹

Le système d'information du SST déployé en 2010 apporte des informations statistiques en matière d'avis d'aptitude. Cependant, les données de l'année 2011 ne sont pas exhaustives et ne permettent pas encore d'effectuer un bilan comparatif avec l'année précédente, ni d'exploiter les données avec le système d'information RH.

Les avis d'aptitude sont prononcés à l'occasion de la visite périodique (49%), d'une embauche (27%), d'une reprise après un arrêt (16%), ou pour d'autres motifs (8%). Les visites d'aptitude pour reprise après arrêt sont souvent associées à des visites périodiques et donc comptabilisées comme tel. Les médecins de santé au travail prononcent peu d'avis d'inaptitude définitive à tous postes de travail (11 avis en 2011). L'adaptation du poste de travail sera systématiquement recherché en premier lieu (153 avis prononcés en 2011).

Lors des 446 visites de reprise enregistrées en 2011, 310 agents sont aptes au poste de travail. Pour 78 agents, le médecin de santé au travail a recommandé un aménagement du poste ou un temps partiel thérapeutique. Seulement 7 agents ont été déclarés « inapte au poste mais apte à autre poste de travail », entraînant par conséquent un changement d'affectation ou un reclassement.

Selon les médecins de santé au travail, « *les aptitudes avec restrictions sont le fait le plus souvent des pathologies musculo-squelettiques nécessitant une reprise d'activité*

¹⁹ SALOU M., RAJOT B., 2007, *Le reclassement pour inaptitude médicale*, coll. Les diagnostics de l'emploi territorial, hors série n°10, CIG Petite Couronne, p.18

« en douceur » ou temporairement une activité réduite. Elles peuvent être également fait de non-affectation dans certains services ou de restrictions concernant les horaires de travail (rythme particulier lié à l'état de santé). Les aménagements de poste sont liés le plus souvent à une réduction des capacités physiques des agents. »²⁰

Par ailleurs, les troubles à l'origine des arrêts de maladie n'ont pu faire l'objet d'une cartographie, en raison de la confidentialité des données à caractère personnel et médical des agents. Les professionnels interrogés au cours de l'étude relèvent une augmentation des maladies professionnelles et des pathologies lourdes d'origine non professionnelle (cancer, sclérose en plaque...), pour lesquelles le progrès médical permet d'un maintien de l'activité professionnelle.

Finalement, cette analyse quantitative d'indicateurs de la santé au travail est instructive mais imparfaite. A l'instar du constat dressé par l'IGAS exposant l'impossibilité d'un recueil national²¹, les données sociales de l'établissement étudié ne permettent pas d'établir une représentation statistique exacte de la politique de reclassement exercée. Les données analysées ont néanmoins permis de traduire la situation de l'établissement au regard des problématiques de l'absentéisme, de l'emploi des travailleurs handicapés, du profil des agents « à risque » d'inaptitude.

2.3 Des éléments de diagnostic partagés par les acteurs du maintien dans l'emploi

Les entretiens semi-directifs réalisés au fil de l'étude auprès d'interlocuteurs concernés par le maintien dans l'emploi ont apporté des éclairages différents sur la problématique. Les professionnels ont été incités à proposer des axes d'amélioration, et à exprimer leur avis sur la faisabilité de certaines actions envisagées.

2.3.1 La perception de la problématique par l'encadrement et la direction

L'évolution du contexte hospitalier, financièrement plus contraignant, fonde la problématique de maintien dans l'emploi des agents dont les capacités au travail sont réduites. La gestion des effectifs a été réexaminée lors du passage des hôpitaux à la tarification à l'activité ; les calculs de ratios de personnels soignants tiennent compte du dimensionnement des services et de leur « productivité ». Les dépenses de personnels

²⁰ CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL DE POISSY SAINT-GERMAIN-EN-LAYE, 5 juin 2012, *Bilan social 2011 (document de travail avant vote par les instances)*, p.106/123

²¹ KRYNEN B., YENI I., FOURNALES R., décembre 2011, *Evaluation du dispositif de reclassement des fonctionnaires déclarés inaptes à l'exercice de leurs fonctions pour des raisons de santé*, IGAS, IGA, p.18

logistiques et techniques ont été également réévaluées, au profit d'une externalisation de ce type d'activités. Auparavant, ces agents étaient positionnés en surplus dans les services, sur des postes demandant peu de compétences : tâches de rangement, de classement, ou sur des postes « allégés » dans les services logistiques. Des postes d'intendantes ont été créés dans tous les services afin d'accueillir des aides-soignants « reclassés ». Ces agents étaient bien accueillis par les équipes, car ils apportaient une aide supplémentaire.

Tous les acteurs interrogés ont confirmé que la marge de manœuvre du CHI de Poissy Saint-Germain-en-Laye est aujourd'hui très restreinte en matière de « reclassement » de personnels. Les agents ne peuvent plus être placés en sureffectifs. Avec la généralisation des systèmes informatiques, tous les postes demandent des compétences. Les postes vacants sont souvent des postes pour lesquels la charge de travail physique est importante, par exemple dans le secteur logistique ou dans les services de soins gériatriques. Ces secteurs présentent d'ailleurs un absentéisme particulièrement élevé, suivi en permanence par les responsables. Les postes « plus confortables », localisés dans les services de consultations ou en chirurgie ambulatoire par exemple, sont couramment déjà occupés par des agents sur poste aménagé, même lorsque leur état de santé s'est amélioré. Cela reste des postes pour lesquels l'exigence d'efficacité est équivalente aux autres postes. Selon les professionnels interrogés, il paraît difficilement envisageable de créer et exploiter une cartographie de postes dits « aménageables », donc allégés et réservés pour des agents sur une période de transition. Ce raisonnement est davantage intuitif, en fonction du contexte de recrutement et du profil de l'agent.

Les métiers exercés à l'hôpital sont très diversifiés. Les personnels soignants, dont la pénibilité de leurs métiers est reconnue, sont les premiers agents « à risque » d'inaptitude. Ce sont pourtant des professions avec une « haute charge symbolique » ; les agents qui exercent auprès des patients ne conçoivent pas facilement une évolution vers un emploi de type administratif, par exemple. L'enjeu de l'accompagnement au maintien dans l'emploi est humain et nécessite l'expertise du médecin du travail comme du psychologue du travail.

Il est donc particulièrement compliqué de proposer aux agents des postes qui peuvent correspondre à la fois à leurs capacités restantes au vu des restrictions, à leurs compétences, à leurs capacités intellectuelles et à leurs souhaits. En effet, les agents qui se trouvent en situation d'inaptitude sur leur poste de travail sont souvent peu qualifiés, ayant parfois aussi un handicap psychique. Les agents sur poste aménagé sont moins bien accueillis dans les équipes, car cela reporte sur eux une charge de travail

supplémentaire et dégrade ainsi leurs conditions de travail. Les agents sur poste aménagé ont une image de « bras cassés » qui peut porter atteinte à celle du service. Les agents qui ont des restrictions pour une durée limitée sont à l'inverse généralement « soutenus moralement par l'équipe ». La position des cadres de proximité est ambivalente ; ils sont généralement prêts à accueillir des agents ayant des difficultés de santé psychique et/ou physique sur un poste vacant, sous certaines conditions. Ils demandent l'appui de la DRH en cas d'échec de la réintégration ou en cas de dégradation des conditions de travail dans l'unité. Ils savent que l'accueil de ces agents fait partie de leurs missions de management, mais dans la limite des possibilités de fonctionnement du service. Ce dernier motif légitime certaines de leurs réticences. Les cadres se déclarent tolérants sur l'efficacité de l'agent sur un poste aménagé, si celui-ci démontre sa volonté d'adaptation.

Par ailleurs, le taux d'absentéisme élevé au CHI de Poissy Saint-Germain-en-Laye justifie également de mettre en œuvre une démarche d'accompagnement au retour et au maintien dans l'emploi. Les fortes économies portées sur la masse salariale ne permettent pas toujours de remplacer les agents en arrêt maladie. L'absentéisme est suivi par tous les cadres interrogés, pour qui il s'agit d'un indicateur clé de management. Parfois, le changement de service d'un agent permet d'éviter une dégradation de son état de santé. Une démarche en faveur du maintien dans l'emploi est donc très liée à l'amélioration du présentisme des agents, dont l'impact positif sur le fonctionnement des services est visible.

L'ensemble des acteurs interrogés s'accordent sur le principe d'une « *gestion nécessairement au cas par cas* » des situations d'inaptitude. Selon les membres de la commission, « *le nombre d'agents concernés importe peu, le simple fait de résoudre de manière durable la situation d'un agent suffit à justifier l'existence de la commission de retour et de maintien dans l'emploi. A l'inverse, les échecs marquent une commission* ».

2.3.2 Les points forts et les difficultés de la mise en œuvre d'une démarche d'aménagement de poste ou de changement d'affectation

D'une manière générale, de nombreux entretiens sont programmés avec les agents dont la situation pose une difficulté particulière, ou pour qui la situation médicale et professionnelle ne sont pas consolidées. Cela permet de préparer l'agent à une réinsertion professionnelle, à un changement de poste, à s'interroger sur son avenir professionnel. Il reçoit également des informations sur ses droits à compensation du handicap. L'encadrement témoigne être spécialement vigilant au cours de cette phase

d'accompagnement de l'agent marquée par une perte des repères socioprofessionnels. Le suivi de l'agent après réintégration dans une équipe nécessite une mobilisation importante des cadres de proximité, lors d'entretiens individuels intermédiaires à l'entretien annuel d'évaluation. Chaque responsable élabore ses propres outils de gestion.

D'autre part, la commission RME représente un espace de discussion ciblé pour les situations complexes, afin de trouver une solution adaptée au cas singulier de l'agent. Les membres de la commission pensent que son fonctionnement est perfectible. Selon plusieurs d'entre eux interrogés, « *cette commission a le mérite d'exister* », « *elle atteint globalement son objectif* » et a pour point fort d'être pluridisciplinaire. Ils regrettent un manque de temps pour préparer les dossiers et rencontrer les agents entre deux réunions. Les informations utiles d'ordre statutaire, médical, social, etc. ne sont pas regroupées, malgré la diffusion d'un tableau de bord des dossiers en cours. Le niveau des connaissances juridiques et statutaires des membres de la commission RME est hétérogène.

De plus, la fréquence des réunions de la commission RME encourage une certaine réactivité des acteurs et une confrontation de leur ressenti vis-à-vis de situations particulières. Le fonctionnement de la commission RME est enrichi par l'expertise et les expériences antérieures de chaque membre. Les angles d'approche sur les situations des agents sont donc différents, et parfois perçus comme des objectifs divergents. Cela est source de tension lors des réunions. Les membres de la commission RME n'ont pas défini d'objectifs, de principes partagés et les rôles de chacun. Bien que des « référents d'action » soient identifiés pour chaque dossier étudié par la commission, les difficultés de partage de compétences et le manque de coordination sur l'information donnée aux agents a déjà conduit à l'échec d'une reconversion professionnelle.

Enfin, la commission devrait théoriquement permettre d'anticiper les reprises après un arrêt. Cependant, les délais de réalisation des visites de pré-reprise ou de reprise des médecins de santé au travail ainsi que les délais de réception des avis d'aptitude du comité médical départemental ne sont pas adaptés à une démarche d'anticipation. Ce constat des professionnels interrogés est également partagé par l'IGAS dans un rapport publié en 2011 : « *Les modalités de saisine et de fonctionnement de ces instances consultatives spéciales [comité médical ou commission de réforme] se révèlent particulièrement lourdes et peu efficaces.* »²² En conséquence, la gestion des reprises des agents en arrêt de maladie est réalisée dans l'urgence, en opposition totale avec le

²² KRYNEN B., YENI I., FOURNALES R., décembre 2011, *Evaluation du dispositif de reclassement des fonctionnaires déclarés inaptes à l'exercice de leurs fonctions pour des raisons de santé*, IGAS, IGA, p.21

temps nécessaire pour enclencher un processus d'adaptation des compétences au travail ou un projet de reconversion professionnelle. L'IGAS alerte sur la dégradation des conditions de reclassement quand il est trop tardif, augmentant le risque d'échec.

Par ailleurs, la coordinatrice générale des soins du CHI de Poissy Saint-Germain-en-Laye est vigilante, en lien avec les cadres supérieurs des pôles, sur la répartition dans les services de soins des agents ayant des restrictions. « *Une trop grande concentration d'agents dans un même secteur, ou l'accueil d'un agent sur poste aménagé dans un service pour lequel de nombreux postes sont vacants peut mettre en difficulté une équipe* ». Elle a conscience que le rôle de la direction de l'établissement est aussi de préserver la santé de l'ensemble des personnels, de prévenir fatigue et usure professionnelle. En parallèle, des aides matérielles ergonomiques individuelles sont mises en place. L'encadrement regrette un manque d'achat de matériel ergonomique et d'investissement dans les équipements collectifs contribuant à la prévention des TMS.

Les cadres de proximité sont également des acteurs du maintien dans l'emploi, car responsables directs chargés de l'accueil, de l'intégration dans l'équipe et du suivi du travail de l'agent dans le service. Pourtant, ceux-ci témoignent de l'absence d'information quant à l'organisation mise en place au niveau de l'établissement pour améliorer la gestion des situations d'inaptitude. Ils ne sont que très indirectement associés à la préparation de la reprise d'un agent. Souvent « en dernière ligne », ils n'ont pas la possibilité d'anticiper ce retour et de connaître la nature des restrictions d'aptitude. Les actions de prévention leur semblent également insuffisamment développées, tant sur le volet de prévention des TMS que celui des risques psycho-sociaux. Des actions de terrain ont pu être ponctuellement réalisées : repérage dans un pôle et rencontre des agents dont l'absentéisme est répété, audit et formations d'ergonomie dans les services par des kinésithérapeutes de l'hôpital. Certains services ont également mis en place une organisation du travail axée sur la prévention des risques d'atteinte à la santé physique, à l'exemple du système de roulement sur les postes du service de lingerie.

Enfin, la motivation de l'agent est un facteur essentiel de réussite d'une réintégration après un arrêt de longue durée ou d'une reconversion professionnelle. Les membres de la commission RME, tous interrogés, ont souvent abordé la question du jugement de la qualité professionnelle des agents. Pour les cadres de proximité, les agents qui ont pu avoir des difficultés professionnelles à un moment de leur carrière ont droit au même traitement que les autres agents dont les évaluations professionnelles sont satisfaisantes. Bien que les cadres préfèrent sélectionner un nouvel agent en fonction du contexte de l'équipe, ils sont souvent prêts à ignorer leur « passé professionnel » et à adapter leur

mode de management. En contrepartie, dans un esprit d'équité envers le reste de l'équipe, ils engagent un « contrat moral » avec l'agent qui devra s'adapter aux exigences de fonctionnement du service. A l'inverse, un responsable des secteurs logistiques témoigne de la difficulté de motiver ses équipes ; ce sont des agents peu qualifiés, dont la rémunération est faible et sans possibilité de promotion professionnelle.

Finalement, la réussite d'une réintégration dans l'emploi ne sera pas seulement le fait de l'agent « acteur de son parcours professionnel », mais aussi des décisions prises par les membres de la commission.

Particulièrement, les responsables rencontrés ont pointé le rôle des médecins de santé au travail dans la trajectoire professionnelle de l'agent en difficulté de santé. En priorité, les médecins tentent de maintenir l'agent sur le poste de travail d'origine. Dans le cas de très fortes restrictions portant sur le cœur de métier, les tâches à réaliser deviennent incompatibles avec le handicap. Cela pose des difficultés pour la DRH et les cadres de proximité comme pour les agents. Maintenus sur un poste souvent inadapté et déqualifiant, ces derniers ne peuvent pas engager un processus de deuil de leur métier et construire un projet professionnel. Les acteurs sont demandeurs d'une réflexion en amont, dès lors que l'état de santé de l'agent présage d'une inaptitude absolue sur son poste de travail.

A titre d'illustration, le repositionnement provisoire d'agents au bureau central des rendez-vous du service des consultations a évité les effets néfastes d'un maintien dans les services de soins. Selon le cadre de santé, ce secteur « *constitue un tremplin pour remettre le pied à l'étrier, une soupape pour les agents épuisés* ». Selon leur situation particulière, les agents ont pu prendre du recul par rapport à l'activité de soins en service d'hospitalisation ou préparer une formation diplômante. D'une manière générale, ces changements temporaires de poste ont un impact positif sur le présentisme des agents ; ceux-ci « *découvrent la réalité des fonctions administratives et apprécient de se former à la bureautique.* »²³

2.3.3 Le point de vue des organisations syndicales : des actions nécessairement portées par un projet social

Selon l'article 8 bis de la loi du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires, « *les organisations syndicales de fonctionnaires ont également qualité pour participer, avec les autorités compétentes, à des négociations relatives :*

1° Aux conditions et à l'organisation du travail [...] ;

2° Au déroulement des carrières et à la promotion professionnelle ;

²³ VAISSIERE-BONNET M-G., mai 2009, « Le reclassement temporaire ou définitif pour maladie ou handicap des personnels dans la fonction publique hospitalière », *Santé RH*, n°6, p.17

3° A la formation professionnelle et continue ;

5° A l'hygiène, à la sécurité et à la santé au travail ;

6° A l'insertion professionnelle des personnes handicapées ; »

Pourtant, l'action directe des organisations syndicales apparaît limitée sur cette dernière thématique. Les représentants syndicaux sont parfois saisis par des agents en situation d'inaptitude sur leur poste de travail, sans nécessairement en connaître la suite.

Néanmoins, cette problématique leur semble essentielle au CHI de Poissy Saint-Germain-en-Laye. En effet, l'établissement présente un turn-over élevé, un taux d'absentéisme de longue durée en augmentation. Les contraintes financières ne permettent pas d'investir sur le champ de la prévention : matériel de manutention, formations. Les marges de manœuvre sont également très réduites. C'est pourquoi, d'après eux, les agents « reclassés », auparavant accueillis dans les services, ont désormais une réputation de « canards boiteux ».

Les conditions de travail leur semblent particulièrement défavorables, au vu notamment du contexte hospitalier général. Les nouvelles techniques médicales ont eu pour conséquence un alourdissement des charges en soins, sans ajustement des effectifs de personnel soignant et sans investissement suffisant en équipement adapté. Le CHI de Poissy Saint-Germain-en-Laye a, par exemple, développé une activité de chirurgie bariatrique. Egalement, les personnes âgées prises en charge dans les services de gériatrie sont devenues très dépendantes. La charge psychologique et physique des soignants est donc accrue.

D'autre part, les agents en arrêt de longue durée semblent, du point de vue des représentants syndicaux, déconsidérés et peu accompagnés dans le processus de retour dans l'emploi. Le rôle du psychologue du travail est, à ce titre, essentiel. Un agent concerné a contacté les organisations syndicales car il avait « *l'impression de ne pas se faire entendre, qu'il n'y a pas de dispositif mis en place pour les travailleurs handicapés, qu'on ne comprenait pas qu'il souhaitait prendre un poste dans le domaine correspondant à son projet de reconversion professionnelle.* »

Selon les partenaires sociaux, « *il serait indispensable de communiquer et valoriser, à travers le projet social, les mesures prises en faveur du maintien dans l'emploi et pour améliorer les conditions de travail* ». La mobilisation de budgets fléchés ou la recherche de subventions est évoquée. Finalement, peu importe le nombre d'agents concernés par cette problématique, la DRH doit avoir pour objectif d'éviter un risque d'échec de réinsertion d'agents au travail. L'anticipation, l'écoute et le soutien des agents sont des

principes clés du processus. Les représentants syndicaux conseillent : « *Le dispositif mis en place ne doit pas forcément être rigide, standardisé* ».

En définitive, la direction de l'établissement prévoyait déjà en 2011 d'informer les représentants syndicaux de la structuration à la DRH d'un dispositif en faveur du maintien dans l'emploi d'agents ayant des problèmes de santé. Cette information en CHSCT n'a pas pu être réalisée en 2012, car une réorganisation du fonctionnement de cette instance a perturbé ses activités habituelles. Ce dispositif envisageait initialement l'identification d'un référent unique chargé des conditions de travail et de la politique sociale, la création d'une commission, la formalisation d'une procédure, d'outils et de tableaux de bord.

* * *

C'est ainsi que l'étude de terrain a confirmé la problématique posée. Le contexte hospitalier observé au CHI de Poissy Saint-Germain-en-Laye présente des contraintes particulièrement accrues par rapport à d'autres établissements publics. Ce contexte a justifié la nécessité de mieux prendre en charge et anticiper les problèmes de santé physique et psychique des agents, du moins dans le cadre de la réduction de l'absentéisme. De plus, les profils des personnels concernés sont diversifiés. En pratique, il s'agit donc de personnaliser l'aide qui sera apportée à l'agent pour faciliter son retour en poste après un arrêt de maladie et d'éviter les risques d'échec de réintégration professionnelle. Pour y répondre, la DRH a ressenti le besoin de réfléchir collectivement et de formaliser le processus. Des attentes supplémentaires ont été exprimées lors des entretiens conduits dans le cadre de cette étude, à la fois au niveau stratégique et au niveau opérationnel.

* * *

3 Le maintien dans l'emploi : structurer une politique sociale d'ensemble

La direction des ressources humaines du CHI de Poissy Saint-Germain-en-Laye a souhaité intégrer dans la politique sociale, un axe structurant le dispositif de maintien dans l'emploi. Il était donc nécessaire de réaliser un état des lieux des pratiques institutionnelles et locales, et aussi d'évaluer les besoins et attentes de l'encadrement de l'établissement. Le plan d'action ainsi défini traduit la problématique sous ses différents aspects : repérage, prise en charge et prévention des situations d'inaptitude pour raisons de santé. Sa mise en œuvre devra être évaluée et réajustée le cas échéant.

3.1 Les apports d'un plan d'action

Les acteurs interrogés ont fait part de l'intérêt de valoriser les actions conduites en faveur du maintien dans l'emploi, tout particulièrement les représentants du personnel. Actuellement au CHI de Poissy Saint-Germain-en-Laye, ni les personnels ni les cadres de pôle ou de proximité n'ont connaissance de l'existence de la commission RME. Le directeur RH positionne cette commission comme le pivot du processus de maintien dans l'emploi. L'élaboration en 2012 de la nouvelle politique sociale constitue une opportunité de communiquer sur ce volet « socio-responsable ».

3.1.1 L'inscription de l'établissement dans une dynamique socio-responsable

Le développement durable est de plus en plus pris en compte dans les établissements hospitaliers, y compris dans le domaine des ressources humaines. La politique sociale des établissements présente des axes « socio-responsables ». Plus exactement, la responsabilité sociétale est « *la responsabilité de l'organisation vis-à-vis des impacts de ses décisions et activités sur la société et sur l'environnement, se traduisant par un comportement éthique et transparent qui contribue au développement durable [...]* »²⁴

A ce titre, le maintien dans l'emploi en fait partie parce qu'il concerne la prise en compte de parcours professionnels individuels des personnels, mais aussi leur bien-être psychologique. Les handicaps de ces agents sont traités avec respect et équité au sein de la commission pluridisciplinaire. L'approche par les compétences et les aptitudes doit toutefois être développée. L'inscription du CHI de Poissy Saint-Germain-en-Laye dans

²⁴ Source de la définition : norme ISO 26000

une démarche de développement durable validerait l'engagement sincère de la direction de l'établissement.

A titre d'illustration, la Direction de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) de la Marne a conduit en 2006 une réflexion sur le processus d'accueil des agents après un arrêt de longue durée. Le processus d'accompagnement et d'information qui a été mis en place par un groupe de travail pluridisciplinaire a été ultérieurement inscrit dans la politique de développement durable et la politique qualité de la structure. Le dispositif opérationnel bénéficie ainsi d'un suivi institutionnel et reste dynamique.

Cette dynamique est également encouragée à travers la procédure de certification de la Haute Autorité de Santé (HAS), dans la mesure où le second critère d'évaluation du manuel V2010 porte sur l'engagement dans le développement durable, et deux critères sont axés sur la santé et la sécurité au travail²⁵, et la qualité de vie au travail.

3.1.2 Le support du dialogue social et la visibilité des actions

La politique sociale et sa déclinaison au sein d'un plan d'action constitue un support de dialogue social avec les personnels et les partenaires sociaux. Pour être valable, le plan d'action doit prévoir un calendrier de mise en œuvre et les moyens mobilisés. Les actions peuvent être définies en concertation avec le CHSCT.

Au titre du dialogue social, la Direction de l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP) a signé en 1998 avec des organisations syndicales, un protocole d'accord en faveur de l'emploi des personnes handicapées. Il a été complété en 2005 par un protocole en faveur de la prévention et de la prise en charge de l'inaptitude. Etabli pour cinq ans, ce protocole constitue un guide pour les directions des sites hospitaliers. Il structure et officialise les moyens mobilisés pour l'emploi de personnes en situation de handicap et d'inaptitude : création d'une Mission Handicap unique, identification de « référents handicaps » et mise en place de « commissions de gestion personnalisée des agents » dans les groupes hospitaliers. Chaque directeur de groupe hospitalier détermine les budgets de formation et d'équipement, le recrutement de professionnels experts (ergonome, ingénieur en charge des conditions de travail, psychologue du travail). Un crédit global annuel a été également déterminé pour le financement du protocole de 2005, gage de sa mise en œuvre.

²⁵ Pour le critère 3c. *Santé et sécurité au travail*, le CHIPS a obtenu une cotation D (source : HAS, avril 2011, *Rapport de certification V2010*)

De cette manière, les objectifs prioritaires définis dans la politique sociale apportent la visibilité sur plusieurs années des actions conduites sur le terrain. Le dispositif est ainsi officialisé, comme à l'AP-HP, et connu des personnels qui peuvent se trouver en situation d'inaptitude pour motif médical. Cela crée les conditions d'instauration d'un rapport de confiance entre les agents et l'encadrement, nécessaire lorsque l'agent se trouve dans l'obligation d'exposer sa situation personnelle.

3.1.3 La professionnalisation de la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences

Dans son futur projet social, le CHI de Poissy Saint-Germain-en-Laye a déjà prévu un objectif d'amélioration du dispositif de maintien dans l'emploi, inscrit dans la thématique de la gestion des carrières. Cela se traduit en pratique par une volonté de professionnalisation du processus.

Dans la même dynamique, l'AP-HP a mis en place des « commissions de gestion personnalisée des agents » dont le fonctionnement est décrit en annexe du protocole validé en 2005. Le directeur du groupe hospitalier Cochin, Hôtel Dieu, Broca a choisi de mobiliser un « référent handicap » à temps plein, coordonnateur des actions en faveur du maintien dans l'emploi et formé à cet effet. Ce référent expert de la problématique de l'inaptitude pour raisons de santé est en mesure de proposer des actions d'amélioration, de participer à leur mise en œuvre et d'en assurer le suivi. Plus que des décisions au cas par cas, il est donc possible d'instaurer une dynamique d'ensemble agissant sur les champs de l'absentéisme, du recrutement, de la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, de la prévention des risques professionnels. Le bilan d'activité de ce référent handicap est jugé satisfaisant par la direction du groupe hospitalier Cochin, Hôtel Dieu, Broca (AP-HP).

A titre d'exemple, l'hôpital gériatrique de Plaisir a intégré la démarche de prise en charge des problèmes d'inaptitude dans le dispositif de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, en cours de déploiement. Concrètement, il s'agit d'exploiter les entretiens annuels d'évaluation pour prévenir les risques professionnels et d'établir une pyramide des âges par services pour anticiper les problèmes liés au vieillissement des agents.

En bref, la définition d'objectifs dans la politique sociale et d'un plan d'actions associé a pour but de confirmer l'intérêt porté à la pénibilité des métiers hospitaliers et à la situation particulière de certains agents qui nécessitent un soutien pour poursuivre leur activité

professionnelle. Ce point de vue est exposé par un directeur adjoint du CHI de Poissy Saint-Germain-en-Laye : « *Nous avons la préoccupation de ne pas laisser « sur le bord du chemin » les agents en difficulté de santé. Il s'agit d'une problématique des relations humaines, qui doit tenir compte de la stratégie et du contexte de l'établissement. C'est la politique qui détermine les actions de terrain. »*

3.2 Le contenu du plan d'actions proposé

Selon les principes du management socio-responsable, la conduite de projet est abordée sous cinq angles : la stratégie d'amélioration continue, la participation, l'organisation du pilotage, la transversalité des approches, l'évaluation partagée.

Le plan d'action peut être construit suivant ces principes, en intégrant également les moyens nécessaires, le calendrier de mise en œuvre et les acteurs en charge du pilotage. Au CHI de Poissy Saint-Germain-en-Laye, la DRH est en mesure de proposer des actions prioritaires, en concertation avec la commission RME et le CHSCT.

3.2.1 Structurer le dispositif et le valoriser dans le cadre de la politique sociale

La commission RME constitue l'outil principal du dispositif souhaité par la direction de l'établissement. Il était nécessaire de mieux formaliser le processus d'ensemble. Une étude conduite en 2006 à l'initiative de l'Association de Gestion du Fonds pour l'Insertion Professionnelle des Personnes Handicapées (AGEFIPH) a montré « *que les facteurs de réussite sont directement liés au respect des cinq étapes fondamentales de la méthode du maintien dans l'emploi [...] :*

- 1) *Le signalement précoce ;*
- 2) *L'analyse du problème, des logiques et des enjeux ;*
- 3) *Le traitement du problème sous la forme d'une conduite de projet ;*
- 4) *Le suivi et l'accompagnement qui préviennent la désinsertion ;*
- 5) *L'évaluation quantitative et qualitative. »²⁶*

Par principe, l'implication des acteurs mérite d'être valorisée, dont celle des cadres de proximité et des équipes qui accueillent l'agent et participent à son intégration professionnelle. La prise en charge de ces agents mobilise en effet beaucoup de temps. L'encadrement est demandeur de la formalisation d'une stratégie institutionnelle de prévention et de prise en charge des situations d'inaptitude.

²⁶ JABES A., PARAY J-P., NAHON P., PAGNAC L., juin 2007, « Le maintien dans l'emploi : faire face aux nouveaux défis », *Tendances, la lettre des études de l'AGEFIPH*, n°10, pp. 1-4

En pratique, la réalisation de l'étude appliquée au CHI de Poissy Saint-Germain-en-Laye a conduit à élaborer des outils apportant de la visibilité aux actions de la DRH. La charte citée dans le PAPRIACT 2011 a été rédigée au cours du stage, et doit être proposée aux membres de la commission RME avant présentation en CHSCT. Comme un règlement de fonctionnement, elle clarifie les missions, le champ de compétences et les rôles des membres de la commission. Cette charte contient plusieurs volets :

- Objectifs poursuivis ;
- Rappel du cadre réglementaire et définitions ;
- Champ de compétences et missions de la commission ;
- Composition de la commission et rôle des membres²⁷ ;
- Fonctionnement de la commission ;
- Principes et règles applicables aux membres : respect du secret médical, confidentialité et discrétion professionnelle, information préalable des agents ;
- Information des représentants du personnel ;
- Modalités de validation, modification et diffusion de la charte.

La charte présente également le processus d'accompagnement au retour et maintien dans l'emploi des agents en absence de longue durée (plus de trois mois) tel qu'il peut être déployé au CHI de Poissy Saint-Germain-en-Laye.²⁸ Ce support d'information pourrait être complété par une communication dans la lettre d'information périodique à l'image de celle déjà publiée dans le cadre de la démarche d'élaboration du projet social. La relation sera établie avec le projet social par le biais du volet « gestion des carrières » ou de celui relatif aux « conditions de travail ».

Il est également conseillé, au vu des observations recueillies lors des entretiens individuels, de valoriser les résultats obtenus par la commission, en définissant par exemple un objectif quantifié annuel de progression. Pour le moment, la commission RME a clôturé 43% des dossiers, mais ce résultat n'est pas visible car la recherche de solutions a pu prendre plusieurs mois. En outre, il paraît impossible de résoudre certaines situations d'agents dont les arrêts de travail sont répétés quelle que soit l'affectation, ou présentant des troubles psychiques importants. A l'exemple de l'organisation optée dans le groupe hospitalier Cochin, Hôtel Dieu, Broca (AP-HP), la création d'une unité de gestion spécifique est proposée. Elle permet de placer exceptionnellement des agents en sureffectifs dans le cadre d'un projet de réinsertion au travail et de rétablir les effectifs des services pour lesquels les agents sont en congé de longue maladie ou longue durée.

²⁷ Annexe 3 : Cartographie des acteurs du maintien dans l'emploi

²⁸ Annexe 4 : Processus d'accompagnement au retour et maintien dans l'emploi des agents en absence de longue durée

Structurer le dispositif d'accompagnement, c'est aussi identifier un référent unique expert. « *Le référent handicap intervient sur tous les aspects de la vie au travail des agents et les accompagne durant leur parcours émaillé de pertes (perte partielle de ses capacités physique ou psychique « après » la maladie ou à la suite d'un accident, perte de son métier, de son poste...).* »²⁹ Actuellement, au CHI de Poissy Saint-Germain-en-Laye, plusieurs acteurs prennent les fonctions de référent dans la phase d'accompagnement direct de l'agent : psychologue du travail, assistante sociale, responsable du recrutement. Cependant, un responsable unique à la DRH doit être garant du relais de la stratégie d'établissement.

3.2.2 Disposer d'outils de traitement et de suivi afin de professionnaliser la gestion des situations d'inaptitudes

La présentation d'un bilan annuel d'activité de la commission RME et de la DRH en CHSCT était prévue dans les engagements du PAPRI Pact 2011. Cette étude a permis de produire un premier bilan statistique anticipé.

Tout d'abord, les principes réglementaires et statutaires ne sont pas acquis par tous les acteurs du maintien dans l'emploi. Afin de favoriser l'appropriation d'un langage commun entre les membres de la CRME qui examinent le parcours de carrière des agents, il paraissait utile de rédiger une procédure juridique de gestion des inaptitudes. Ce document ainsi proposé rappelle les textes juridiques de référence et clarifie les notions utilisées, les principes généraux de la gestion des inaptitudes. Le processus général « gradué » est décrit sous forme de logigramme³⁰. Les règles applicables à chaque étape du circuit sont ensuite détaillées, en prenant en compte les particularités des statuts des personnels non médicaux : fonctionnaire titulaire, agent stagiaire ou agent contractuel.

De plus, pour sécuriser leurs pratiques, les responsables RH ont également souhaité disposer d'outils rappelant les principes juridiques relatifs aux différents types de congés de maladie des personnels titulaires et non titulaires, à la déclaration annuelle des travailleurs handicapés, au licenciement pour inaptitude physique d'un agent contractuel. Des documents synthétiques ont donc été formalisés et diffusés.

A l'inverse, l'élaboration d'une cartographie des postes aménageables ne semblait pas judicieuse, selon les interlocuteurs interrogés au CHI de Poissy Saint-Germain-en-Laye. Pour les mêmes raisons de faisabilité, le groupe hospitalier Cochin, Hôtel Dieu, Broca

²⁹ CAIRA L., mai 2012, « Maintenir dans l'emploi des personnes en situation de handicap », *Soins Cadres*, n°82, p.28

³⁰ Annexe 5 : Logigramme des étapes de la procédure juridique

(AP-HP) n'a pas mis en place un tel outil. Cependant, la commission RME devrait disposer de plus de données utiles au repérage des agents dont le profil relève du champ de compétences de la commission RME : tableau de suivi des agents en congé de longue maladie, de longue durée ou de grave maladie, arrêt pour AT-MP. Ces données peuvent être extraites du système d'information des ressources humaines. La connaissance des postes vacants est apportée en réunion de la commission RME par le responsable RH chargé du secteur du recrutement et de la mobilité interne.

Egalement, le tableau de bord de la commission RME a été rendu plus exhaustif : il présente les principales caractéristiques du profil de l'agent, la nature des réserves d'aptitude médicale, la situation administrative actuelle et les décisions de la commission. Les données ainsi présentées permettent de dresser le bilan quantitatif annuel de la commission, après retraitement. L'observation du déroulement des réunions de la commission RME a conduit à proposer une fiche de synthèse de la situation de l'agent³¹, structurée de manière à améliorer la coordination et le partage des informations entre les membres de la commission dans la limite du secret médical, et à encourager un suivi formalisé de l'agent après réintégration sur un poste. Cette fiche ne contient pas d'éléments d'évaluation de la qualité professionnelle de l'agent, afin de conserver une vision objective de son profil.

D'autre part, la DRH pourrait mieux valoriser ses actions individualisées en enregistrant dans un tableau de bord l'ensemble des agents qui ont fait l'objet d'une proposition d'aménagement de poste ou de réaffectation, pas uniquement ceux dont la situation est traitée par la commission RME. Cela faciliterait le recueil de données lors du recensement annuel des travailleurs handicapés. Les agents reclassés avec ou sans reclassement administratif pourraient aussi être comptabilisés en tant que tel, pour déterminer l'impact sur la gestion des effectifs dans les pôles.

Des indicateurs de suivi peuvent être exploités et progressivement consolidés :

- Taux d'absentéisme dans les services, particulièrement ceux où des actions ont été mises en place ;
- Délais de traitement des réintégrations des agents pour lesquels le médecin de santé au travail a émis des réserves d'aptitude sur le poste de travail ;
- Evolution de la nature des avis d'aptitude et des services concernés ;
- Evolution du nombre de travailleurs handicapés ayant la RQTH ;
- Nature des principales causes d'inaptitude d'origine professionnelle et plus largement des arrêts de travail pour AT ou MP (et profil des agents) ;
- Etc.

³¹ Annexe 6 : Fiche de synthèse de situation individuelle

Ces outils techniques devraient constituer des supports utiles aux acteurs du maintien dans l'emploi. Après enquête, il semble difficile de construire des outils standardisés d'aide à la décision. Toutefois, des critères de décision d'orientation de l'agent peuvent être déterminés : la nature et le niveau des restrictions médicales. Les capacités restantes doivent être mieux précisées par le médecin de santé au travail. En parallèle, cela aura aussi pour effet positif de redonner confiance aux agents, qui prennent connaissance des avis médicaux d'aptitude. L'âge de l'agent et son potentiel d'adaptation sont également à prendre en compte dans le choix d'orientation. La commission pourrait ainsi plus facilement envisager les alternatives à l'emploi, telles que la possibilité d'une mise à la retraite par anticipation pour invalidité d'un agent qui a des difficultés à poursuivre une activité en milieu hospitalier.

Enfin, pour s'inscrire complètement dans un processus qualité, le CHI de Poissy Saint-Germain-en-Laye peut mettre en place une enquête de satisfaction permanente des agents accompagnés par les membres de la commission RME, à l'exemple de la CPAM de la Marne. Cela permettrait de connaître le taux de satisfaction des agents quant à leur suivi pendant l'arrêt de maladie, l'accueil lors de la reprise et les modalités d'intégration telles que le tutorat.

3.2.3 Mettre en place un accompagnement individualisé des agents

L'ensemble des professionnels interrogés ont décrit la dimension opérationnelle du dispositif de gestion des situations d'inaptitude : *« Il s'agit de cas particuliers d'agents dont la situation pose difficulté. [...] Tout le problème est de savoir concrètement sur quels postes positionner ces agents. [...] On fait ce qu'on peut, mais les agents n'en sont pas persuadés et pensent que l'on n'a pas d'intérêt pour eux. »*³²

L'accompagnement individuel médical, administratif, psychologique et social d'un agent dans son parcours professionnel constitue un vrai projet³³. Il débute lorsque l'agent est absent plus de trois mois pour raisons de santé ; dès lors, il faut prévoir un maintien systématique du contact avec lui : contact par courrier, contact téléphonique, entretiens ciblés, visites médicales de pré-reprise. Le coordonnateur général des soins du CHI de Poissy Saint-Germain-en-Laye confirme l'intérêt d'appeler ou d'envoyer un courrier à l'agent, l'invitant à prendre rendez-vous pour faire le point sur sa situation. La réalisation

³² Extraits des comptes-rendus d'entretiens : chef de projet développement durable de la CPAM de la Marne, cadre supérieur de pôle du CHIPS, médecin de santé au travail du CHIPS

³³ Le projet d'accompagnement comprend plusieurs phases (cf. annexe 4)

d'entretiens dédiés « *permet de ne pas banaliser les absences* »³⁴, d'écouter l'agent et de préparer avec lui un aménagement ou changement de poste, plus adapté à ses capacités et aux contraintes des services. Des informations essentielles peuvent alors être recueillies, qui conditionnent la décision de la commission RME : contraintes de mobilité de l'agent (dont le moyen de transport) ou contraintes horaires, démarches en cours pour préparer une évolution professionnelle par exemple.

A l'exemple de la CPAM de la Marne, des informations générales sur l'actualité de l'établissement pourraient être adressées périodiquement pendant l'arrêt de travail, avec le bulletin de salaire. En effet, l'information de l'agent est essentielle. Il s'agit à la fois d'éviter qu'il soit déconnecté « de la vie » de la structure et de s'assurer qu'il réalise les démarches administratives afférentes à sa situation : envoi des certificats médicaux en cas de renouvellement de son arrêt de travail, demande de rendez-vous de visite médicale de reprise auprès du médecin de santé au travail, etc. Il s'agit également de l'informer sur les possibilités de demande de reconnaissance et de compensation financière de son handicap et de l'inciter à demander la RQTH. Enfin, il est question d'établir un lien privilégié avec les acteurs du maintien dans l'emploi ; l'agent doit connaître quels interlocuteurs il peut solliciter : responsable RH, médecin de santé au travail, psychologue du travail, assistante sociale, correspondant du comité de gestion des œuvres sociales (CGOS), etc.

Par principe, l'agent doit être préalablement informé du traitement de sa situation par la commission RME. Cette démarche d'information est déjà menée au CHI de Poissy Saint-Germain-en-Laye à l'occasion d'entretiens avec les agents par les membres de la commission RME. Cependant, cette information n'est pas systématique. Un courrier ou dépliant d'information et de présentation de la commission pourrait être adressé aux agents en arrêt de longue durée.

Les professionnels interrogés ont signalé le risque de passivité de l'agent « pris en charge » par la commission RME : « *l'agent doit être acteur de sa reprise, décideur de son parcours professionnel* ». Les modalités de la reprise peuvent être contractualisées avec l'agent, dans un document qui formalise les modalités de réintégration et de suivi de l'agent. Ce dernier atteste ainsi de sa motivation, en contrepartie des moyens mobilisés par l'établissement : tutorat ou binôme sur le poste de travail, financement d'une formation, bilan de compétences. Les modalités d'évaluation de ces agents, mises en

³⁴ SALOU M., RAJOT B., 2007, *Le reclassement pour inaptitude médicale*, coll. Les diagnostics de l'emploi territorial, hors série n°10, CIG Petite Couronne, p.18

place par les cadres de proximité au niveau de leur service, sont intégrés par ce biais dans un cadre institutionnel.

Enfin, l'encadrement de proximité est demandeur d'informations pour anticiper le retour d'un agent dans son équipe ou participer à la réorientation d'un agent. Pour cela, il serait nécessaire d'établir des circuits d'information systématiques : diffusion des avis d'aptitude, information sur les dates de fin d'arrêt de travail, éventuellement partage de la fiche de synthèse de situation de l'agent. Il faut intégrer la mission de management d'équipe des cadres des services dans le processus de maintien dans l'emploi.

3.2.4 Activer une politique de prévention des risques d'inaptitude et de prise en charge du handicap

La dimension opérationnelle et personnalisée de la gestion des situations d'inaptitude pour raisons de santé s'inscrit dans une dimension davantage stratégique et collective. Cette vision d'ensemble permet d'intégrer le champ de la prévention et de l'amélioration des conditions de travail : repérage des situations et des métiers « sensibles », mise en œuvre d'une démarche de réduction des risques professionnels. L'objectif est aussi une prise en charge collective des situations d'inaptitude ; l'évaluation du poste de travail d'un agent pouvant bénéficier à l'ensemble des agents sur le même type de poste.

Les actions de prévention sont à intégrer dans le PAPRI Pact pour l'année 2013, à rédiger en concertation avec les organisations syndicales au sein du CHSCT. Le document unique finalisé en juillet 2012 constitue un support de réflexion. Il est nécessaire de déterminer les moyens qui semblent faire défaut, selon les témoignages de l'encadrement. Ce sont des moyens en équipements ergonomiques dans les services, en formations de prévention périodiques dédiées aux risques TMS et RPS, en diagnostics *in situ* des difficultés et des pratiques des agents en matière de manutention. L'encadrement fait surtout référence aux risques ergonomiques, principale cause des arrêts de travail pour motif médical. L'expertise du SST doit être sollicitée à ce sujet. Concernant les risques psychologiques, le psychologue du travail pourrait intervenir plus fréquemment dans les services pour lesquels la charge émotionnelle est importante.

D'ailleurs, le plan de formation prévoit certaines formations de prévention axées sur la prise en charge de patients agressifs ou violents, ou l'accompagnement de parents en deuil, par exemple. Parce que les contraintes financières de l'établissement ne permettent pas de réserver un budget important d'investissement en matériel souvent coûteux, des moyens subventionnés sont déjà prévus au CHI de Poissy Saint-Germain-en-Laye

pour 2013. En effet, l'établissement participe à plusieurs volets du projet de l'ARS-IDF mettant en œuvre les Contrats Locaux d'Amélioration des Conditions de Travail (CLACT). Ainsi, concernant le volet « Prévention des TMS », un cadre de santé bénéficiera d'une formation de 13 jours en 2013. Cela permettra de relancer la dynamique d'évaluation des conditions de travail et de formation aux bonnes pratiques d'ergonomie dans tous les services de soins, médico-techniques, techniques et administratifs ; une équipe de kinésithérapeutes ayant auparavant réalisé des visites et formations dans les services. Ce volet du CLACT prévoit aussi un apport de matériel entièrement subventionné par le fonds d'intervention régional, à destination d'un service de gériatrie et du SAU, secteurs pour lesquels le nombre d'AT est élevé³⁵.

A ce sujet, la coordination des actions dans le cadre du CLACT doit être poursuivie par un référent de la DRH, en lien avec le référent de chaque volet du projet. La DRH doit suivre la réalisation d'un projet d'évaluation des charges de travail en fonction des horaires au sein d'unités de gériatrie. Ce projet s'intègre au volet « Amélioration des rythmes de travail » pour lequel une formation pratique à un outil d'évaluation des charges a déjà été délivrée. Le cadre supérieur de pôle *Gériatrie – Neurologie – Rééducation* est particulièrement réactif sur les questions de prévention, parce que l'impact de l'absentéisme est collectif. Des « roulements » des soignants sur les postes des unités ont pour objectif de prévenir les déséquilibres d'effectifs entre les unités, d'encourager la mobilité interne, la polyvalence et la poly-compétence. Les changements d'organisation sont réfléchis avec les équipes. Il semblerait à ce titre intéressant de favoriser la réflexion collective de l'encadrement et le partage d'expériences inter-services ou inter-pôles. La formation et la sensibilisation des cadres sur les thématiques de l'inaptitude, du handicap et de la prévention des risques professionnels doit être intégrée dans le plan d'actions.

Afin de prévenir les difficultés de remplacement des agents en arrêt, le CHI de Poissy Saint-Germain-en-Laye a mis en place un pool de remplacement d'agents soignants. Cela contribue à la lutte contre la dégradation des conditions de travail et a un effet de prévention de la fatigue professionnelle des agents présents qui, en cas d'absence non remplacée, sont confrontés à une surcharge de travail. Par contre, cette mesure ne concerne que le personnel soignant. Pourtant, les services logistiques et techniques présentent aussi un taux d'absentéisme élevé. Il paraîtrait donc nécessaire de réfléchir à la mise en place d'actions pour maintenir les bonnes conditions de travail de ces équipes.

Par ailleurs, la prévention précoce de l'inaptitude nécessite le développement d'une gestion dynamique des parcours professionnels. Concrètement, il s'agit en premier lieu de systématiser la formalisation des fiches de poste. L'IGAS recommande d'améliorer les

³⁵ Cf. bilan statistique de l'étude (paragraphe 2.2.2)

fiches de poste par l'intégration de deux volets : « prévention » et « évolution de l'inaptitude professionnelle »³⁶. En outre, la formation professionnelle tout au long de la vie doit être encouragée (enrichissement du « passeport formation ») et permettre l'acquisition de compétences requises pour tout recrutement : maîtrise écrite de la langue française, maîtrise des outils informatiques. Le développement des compétences et la prévention de l'usure professionnelle sont favorisés par la mobilité interne. A cette fin, la bourse à l'emploi accessible par l'ensemble des personnels du CHI de Poissy Saint-Germain-en-Laye a été réactivée en cours d'année 2012.

Ainsi, des actions sont déjà mises en place par l'encadrement du CHI de Poissy Saint-Germain-en-Laye, au niveau institutionnel ou au niveau local. Elles doivent être valorisées dans le cadre structuré de la politique sociale pluriannuelle de l'établissement. Elles doivent également faire partie des objectifs des contrats de pôle, dont la formalisation est envisagée en 2013. A long terme, le plan d'actions vise à réduire l'absentéisme, améliorer la gestion des emplois et des compétences et prévenir la déqualification.

3.3 La mise en œuvre et l'évaluation du plan d'actions

Les objectifs du plan d'action doivent être décrits dans le projet social. Sa mise en œuvre requiert la définition d'un calendrier et des référents d'actions. Certaines limites ou difficultés sont à prévoir, ce qui pourra donner lieu à des réajustements du plan d'actions.

3.3.1 Les paramètres de la mise en œuvre

La coordination de la mise en œuvre du plan d'action doit être assurée par la DRH tout au long de la validité du projet social. D'une manière générale, le plan d'actions doit être cohérent avec les constats du document unique d'évaluation des risques professionnels et les engagements prioritaires du PAPRIACT. De plus, le plan d'actions doit comprendre des indicateurs de résultat permettant de vérifier la réalisation des actions et éventuellement leurs effets, tels que :

- Progression dans la mise en œuvre des actions prévues ;
- Nombre de dossiers traités et clôturés par la commission RME chaque année ;
- Nombre d'évaluations individuelles réalisées dans le cadre du suivi des agents réintégrés ;
- Nombre d'actions de sensibilisation, de diagnostics de terrain et de sessions de formations réalisées pour la prévention des risques professionnels ;

³⁶ KRYNEN B., YENI I., FOURNALES R., décembre 2011, *Evaluation du dispositif de reclassement des fonctionnaires déclarés inaptes à l'exercice de leurs fonctions pour des raisons de santé*, IGAS, IGA, p.5

- Nombre d'actions de communication réalisées ;
- Taux de fiches de postes complétées ;
- Evolution du taux d'absentéisme et du nombre d'AT (création d'un observatoire local) ;
- Taux de satisfaction des agents accompagnés dans leur parcours professionnel ;
- Etc.

La désignation d'un référent unique en capacité d'animer la gestion des inaptitudes garantirait sa mise en œuvre. Certaines actions portant sur la prévention des risques physiques liés au port de charges pourraient justifier le recrutement d'un ergonome ou le recours à un prestataire compétent dans ce domaine. Les responsables des secteurs carrières, recrutement et formation continue de la DRH devront être en mesure de mobiliser du temps pour améliorer les pratiques et le processus d'accompagnement au retour et maintien dans l'emploi. Pour cela, il serait nécessaire de prévoir la formation des principaux acteurs et des actions de sensibilisation de l'encadrement.

Actuellement, les supports de la politique sociale et de la contractualisation d'objectifs avec les pôles cliniques ne sont pas formalisés au CHI de Poissy Saint-Germain-en-Laye ; le plan d'actions annexé au projet social ne pourra être diffusé qu'en 2013. Néanmoins, par souci d'efficacité et pour reconnaître les actions déjà réalisées, un plan d'action autonome pourrait être présenté en CHSCT en fin d'année 2012.

Enfin, le CHI de Poissy Saint-Germain-en-Laye peut solliciter le délégué interrégional du handicap, missionné par le Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la Fonction Publique (FIPHFP) pour accompagner les établissements publics hospitaliers dans la définition d'un projet global et des moyens nécessaires pour sa mise en œuvre. Dans ce cadre, le FIPHFP finance la réalisation d'un état des lieux par un prestataire externe. Cette étape est préalable à la signature d'une convention pluriannuelle avec le FIPHFP. La convention est un élément supplémentaire de structuration de la politique sociale, puisqu'elle prévoit des objectifs pluriannuels d'amélioration du dispositif de maintien dans l'emploi de personnes en situation d'inaptitude ou de handicap.

3.3.2 L'évaluation des limites des actions d'amélioration

Les établissements hospitaliers peuvent être tentés de considérer cette problématique comme un élément mineur de la politique sociale, par opposition avec les objectifs de maîtrise des dépenses de personnels, de la politique de recrutement et de la fidélisation des personnels soignants, etc. « *L'échec de l'insertion professionnelle de la personne handicapée vient parfois d'une insuffisante volonté d'intégration exprimée par les collectifs*

de travail, mais rien ne se fera sans l'impulsion de la hiérarchie. Hier, l'approche médicale était jugée prévalente, aujourd'hui une action globale de santé au travail s'impose. »³⁷

Pour autant, le dispositif actuel pourrait être poursuivi sans modification majeure ni amélioration, du fait de l'absence d'allocation de moyens spécifiques. Ces moyens concernent l'acquisition d'équipement ergonomique et la formation de l'encadrement, mais aussi le recrutement de personnels experts. L'IGAS n'a pas été en mesure d'évaluer si les administrations disposent « *d'experts comme les ergonomes, des ingénieurs ou des techniciens pour les assister dans leurs actions [...] Mais il est plus vraisemblable que de tels moyens font aujourd'hui défaut, alors même que le traitement des inaptitudes pour raisons de santé nécessite une action de professionnels organisés sur un plan interdisciplinaire.* »³⁸ A défaut, le partage des modalités de coordination avec l'encadrement de proximité doit être recherché.

Par ailleurs, la nature même des restrictions d'aptitude et le profil des agents constituent un frein à la mise en œuvre de solutions. Les problèmes physiques de santé excluent d'emblée la possibilité de proposer de nombreux postes vacants. Les difficultés psychiques sont encore plus complexes à gérer en milieu ordinaire de travail. La recherche de poste ne peut pas être déconnectée des conditions collectives de travail, ni des capacités de l'agent. De plus, les délais réglementaires de réception des avis d'aptitude n'appuient pas l'anticipation de la recherche de poste avant le retour de l'agent. Ainsi, les responsables des ressources humaines se trouvent souvent en situation de proposer en urgence un poste partiellement compatible avec les capacités de l'agent. Ce compromis ne peut être satisfaisant ni pour l'encadrement ni pour l'agent, car la recherche d'un emploi pérenne nécessite plus de temps.

En effet, cette notion de temps doit être prise en compte et expliquée à l'agent, pour éviter un risque d'échec de la réinsertion. Les démarches de réorientation professionnelle ou d'aménagement de poste peuvent prendre plusieurs mois : démarches administratives et demandes de subvention, réalisation d'un bilan de compétence, recherche d'une formation professionnelle adaptée, etc. « *C'est un travail de longue haleine* », auquel les agents ne sont pas toujours bien préparés. La désignation d'un interlocuteur unique chargé de l'accompagnement de l'agent au long terme prend ainsi tout son sens. Il est préférable que les démarches soient menées par l'agent, dont, par exemple, la demande de RQTH qui conditionne le financement de moyens techniques par le FIPFHP. Au CHI

³⁷ FRANCOIS D., FOSSIER A., 2009, *Guide de l'employeur public, Recrutement et maintien dans l'emploi des personnes handicapées*, FIPFHP, p.10

³⁸ KRYNEN B., YENI I., FOURNALES R., décembre 2011, *Evaluation du dispositif de reclassement des fonctionnaires déclarés inaptes à l'exercice de leurs fonctions pour des raisons de santé*, IGAS, IGA, p.27

de Poissy Saint-Germain-en-Laye, les agents sont souvent accompagnés par l'assistante sociale ou le psychologue du travail. Le responsable de formation continue est vigilant sur l'information délivrée aux agents : *« Il faut bien expliquer à l'agent les difficultés d'emploi auxquelles il pourra être confronté après une formation de reconversion professionnelle, par exemple en termes de débouchés d'emploi au CHI de Poissy Saint-Germain-en-Laye. »* Un discours trop rassurant a pour mérite de redonner confiance aux agents, *« mais cela peut aussi donner de faux espoirs sur le financement d'une formation par l'établissement, voire sur le recrutement ultérieur sur de nouvelles fonctions. »*

* * *

En définitive, il paraissait important de structurer les démarches conduites en faveur du maintien dans l'emploi d'agents en situation de handicap sur leur poste de travail. Le plan d'action ciblé inséré dans la politique sociale vient traduire l'engagement socio-responsable de la direction de l'établissement, en dépit du contexte financier contraint. Une réflexion globale sur la prise en charge et la prévention des situations d'inaptitude permet ainsi de valoriser l'action de professionnels dont l'expertise est complémentaire, réunis par la commission RME. Le résultat de cette démarche élargie à la question des conditions de travail devrait se traduire par une amélioration du climat social et une professionnalisation du dispositif.

* * *

Conclusion

Les réformes hospitalières impactant la gestion des ressources humaines dans la fonction publique hospitalière sont régulières. Elles créent de nouvelles contraintes pour les établissements publics de santé. Dans un contexte de réorganisation des activités, d'évolution des métiers, de pénibilité et d'intensification du travail, d'allongement de la durée des carrières, les agents doivent bénéficier d'un accompagnement professionnel. Cet accompagnement devient d'autant plus important lorsqu'une difficulté de santé survient et a des incidences temporaires ou permanentes sur la capacité de l'individu à poursuivre son activité professionnelle.

En définitive, le contexte socio-économique hospitalier fonde la problématique majeure de maintien dans l'emploi d'agents en situation d'inaptitude à l'exercice de leurs fonctions pour raisons de santé. Les coûts générés par la protection sociale et la gestion de l'absentéisme sont importants. La réduction des marges de manœuvre oblige les directions des ressources humaines à mener une réflexion élargie sur les questions de repérage, de prise en charge et de prévention des situations d'inaptitude partielle ou absolue des agents. D'autant que le cadre juridique impose aux établissements de prendre en compte cette problématique, dès l'embauche et au cours de la carrière. « *Le reclassement ne peut se réduire à une gestion des aléas et des urgences au cas par cas, mais doit devenir un élément constitutif de la gestion des ressources humaines, s'appuyant sur un dispositif pérenne.* »³⁹

Des enjeux propres aux établissements hospitaliers ont été observés dans l'établissement étudié : conditions de travail dégradées, dialogue social malaisé, taux d'absentéisme élevé, contraintes financières accrues. L'état des lieux a permis d'identifier les points forts et les axes d'amélioration relatifs à la problématique de gestion des situations d'inaptitude. Un plan d'action global devrait permettre de mieux appréhender les questions d'emploi des travailleurs handicapés et de la réinsertion professionnelle des agents sur des postes aménagés. Il devrait contribuer à une évolution d'une démarche contrainte et « au cas par cas » vers une dynamique « socio-responsable » et collective. Il démontrerait ainsi le volontarisme de la direction de l'établissement d'inscrire cet axe de la politique sociale dans un objectif « gagnant-gagnant » qui peut être partagé par l'ensemble des acteurs, favorisant ainsi l'amélioration du dialogue social.

³⁹ SALOU M., RAJOT B., 2007, *Le reclassement pour inaptitude médicale*, coll. Les diagnostics de l'emploi territorial, hors série n°10, CIG Petite Couronne, p.13

C'est pourquoi, un projet d'ensemble est proposé dans cette étude. Il apporte de la visibilité au dispositif actuellement fondé sur la commission de retour et de maintien dans l'emploi. Le plan d'action, dont les objectifs doivent être inscrits dans le projet social, valorise les modalités d'accompagnement individuel des agents : accompagnement psychosocial, formation et aide à la réorientation professionnelle, modalités spécifiques d'accueil et d'intégration, etc. Il prévoit toutefois de renforcer la professionnalisation des acteurs, afin d'améliorer l'efficacité de la commission de retour et de maintien dans l'emploi et de développer la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences. A travers ce plan d'actions, les différents objectifs poursuivis par la direction des ressources humaines sont pris en compte : amélioration du climat social et des conditions de travail, amélioration du présentisme et de la gestion des métiers, évolution des représentations du handicap, expérimentation de nouveaux modes de travail...

Par principe, les actions de terrain sont déterminées par les objectifs stratégiques. Il relève de la responsabilité de l'encadrement des ressources humaines de relayer la politique de l'établissement, de coordonner la mise en œuvre d'actions d'amélioration et de rassembler les acteurs, de produire des outils de communication et de suivi des actions, d'en évaluer les résultats. Une première étape a été franchie avec la finalisation de cette étude. Des outils et tableaux de bord ont pu être transmis au directeur RH et aux responsables de la gestion des carrières, du recrutement et de la mobilité interne. Bien plus, les principes d'une démarche participative d'amélioration et de capitalisation des expériences ont été adoptés. La poursuite de cette dynamique sera principalement conditionnée par l'identification d'un référent « handicap » et par l'apport de subventions externes.

* * *

Sources et bibliographie

Textes législatifs et réglementaires

MINISTERE DU TRAVAIL. Décret n°60-58 du 11 janvier 1960 relatif au régime de sécurité sociale des agents permanents des départements, des communes et de leurs établissements publics n'ayant pas le caractère industriel ou commercial [en ligne]. Journal Officiel de la République Française, n°595 du 19 janvier 1960 [version consolidée au 1^{er} septembre 1989], disponible sur Internet :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000874302&fastPos=1&fastReqlid=1085518337&categorieLien=cid&oldAction=rechTexte>

REPUBLIQUE FRANCAISE. Loi n°83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires [en ligne]. Journal officiel de la République Française, n°2174 du 14 juillet 1983 [version consolidée au 8 août 2012], disponible sur Internet :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000504704&fastPos=1&fastReqlid=209479317&categorieLien=cid&oldAction=rechTexte>

REPUBLIQUE FRANCAISE. Loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière [en ligne]. Journal officiel de la République Française, n°535 du 11 janvier 1986 [version consolidée au 14 mars 2012], disponible sur Internet :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000512459&fastPos=1&fastReqlid=1968577846&categorieLien=cid&oldAction=rechTexte>

MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA FAMILLE. Décret n°88-386 du 19 avril 1988 relatif aux conditions d'aptitude physique et aux congés de maladie des agents de la FPH [en ligne]. Journal Officiel de la République Française, n°5289 du 21 avril 1988 [version consolidée au 8 octobre 2011], disponible sur Internet :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000695289&fastPos=1&fastReqlid=1887421250&categorieLien=cid&oldAction=rechTexte>

MINISTERE DE LA SOLIDARITE, DE LA SANTE ET DE LA PROTECTION SOCIALE. Décret n°89-376 du 8 juin 1989 pris pour application de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 et relatif au reclassement des fonctionnaires pour raisons de santé [en ligne]. Journal Officiel de la République Française, n°7402 du 14 juin 1989 [version consolidée au 14 juin 1989], disponible sur Internet :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000885431&fastPos=1&fastReqId=325053798&categorieLien=cid&oldAction=rechTexte>

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SOLIDARITE. Décret n°91-155 du 6 février 1991 relatif aux dispositions générales applicables aux agents contractuels [en ligne]. Journal officiel de la République Française, n°2058 du 9 février 1991 [version consolidée au 12 mars 2012], disponible sur Internet :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000343794&fastPos=2&fastReqId=1622094966&categorieLien=cid&oldAction=rechTexte>

MINISTERE DU TRAVAIL ET DES AFFAIRES SOCIALES. Décret n°97-487 du 12 mai 1997 fixant les dispositions communes applicables aux agents stagiaires de la fonction publique hospitalière [en ligne]. Journal Officiel de la République Française, n°7461 du 17 mai 1997 [version consolidée au 7 décembre 2006], disponible sur Internet :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000201358&fastPos=1&fastReqId=192995561&categorieLien=cid&oldAction=rechTexte>

REPUBLIQUE FRANCAISE. Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées [en ligne]. Journal Officiel de la République Française, texte n°1 du 12 février 2005 [version consolidée au 28 avril 2012], disponible sur Internet :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000809647&fastPos=2&fastReqId=819574175&categorieLien=cid&oldAction=rechTexte>

MINISTERE DE LA FONCTION PUBLIQUE. Décret n°2011-1245 du 5 octobre 2011 relatif à l'extension du bénéfice du maintien du demi-traitement à l'expiration des droits statutaires à congé de maladie, de longue maladie ou de longue durée des agents de la fonction publique de l'Etat, de la fonction publique territoriale et de la fonction publique hospitalière [en ligne]. Journal Officiel de la République Française, texte n°28 du 7 octobre 2011 [version consolidée au 8 octobre 2011], disponible sur Internet :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000024642938&fastPos=2&fastReqId=1970630393&categorieLien=cid&oldAction=rechTexte>

MINISTERE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTE. Décret n°2012-135 du 30 janvier 2012 relatif à l'organisation de la médecine du travail, en application de la loi n°2011-867 du 20 juillet 2011 et modifiant le Code du Travail [en ligne]. Journal Officiel de la République Française, texte n°36 du 31 janvier 2012 [version consolidée au 1^{er} juillet 2012], disponible sur Internet :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000025241584&fastPos=2&fastReqlid=2041468623&categorieLien=cid&oldAction=rechTexte>

MINISTERE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTE. Instruction n°DGOS/RH3/DGCS/4B/2012/70 du 9 février 2012 relative à la protection sociale des fonctionnaires hospitaliers contre les risques maladie et accident de service [en ligne], disponible sur Internet :

http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2012/03/cir_34869.pdf

Rapports

BUSNEL M., décembre 2009, « *L'emploi : un droit à faire vivre pour tous* » – *Evaluer la situation des personnes handicapées au regard de l'emploi – Prévenir la désinsertion socio-professionnelle*, 71 p., disponible sur Internet :

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/104000032/0000.pdf>

GOSSELIN H., janvier 2007, *Aptitude et inaptitude au travail : diagnostic et perspectives*, Ministère de l'Emploi, du travail et de l'Insertion professionnelle des jeunes (ed.), 149 p., disponible sur Internet :

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/084000158/index.shtml>

KRYNEN B., YENI I., FOURNALES R., décembre 2011, *Evaluation du dispositif de reclassement des fonctionnaires déclarés inaptes à l'exercice de leurs fonctions pour des raisons de santé*, Inspection Générale des Affaires Sociales, Inspection Générale de l'Administration, 106.p, disponible sur Internet :

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/124000208-evaluation-du-dispositif-de-reclassement-des-fonctionnaires-declares-inaptes>

Ouvrages et publications

DERENNE O., LUCAS A., 30 septembre 2011, *Manuel de gestion des ressources humaines dans la fonction publique hospitalière, Volume I, le fonctionnaire hospitalier*, 8^{ème} édition, Presses de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, 1023 p.

FIPHFP, 2010, *Comment maintenir une personne en situation de handicap dans l'emploi ?*, 4 p., disponible sur Internet : <http://www.fiphfp.fr/spip.php?article1044>

FIPHFP, 2010, *Comment poursuivre son activité professionnelle avec un handicap ?*, 4 p., disponible sur Internet : <http://www.fiphfp.fr/spip.php?article1044>

FIPHFP, AGEFIH, mai 2012, *Les personnes handicapées et l'emploi, chiffres clés*, 16 p., disponible sur Internet : <http://www.fiphfp.fr/spip.php?article1194>

FRANCOIS D., FOSSIER A., 2009, *Guide de l'employeur public, Recrutement et maintien dans l'emploi des personnes handicapées*, Fonds pour l'Insertion des Personnes Handicapées dans la Fonction Publique - FIPHFP (ed.), 153 p., disponible sur Internet : www.fiphfp.fr

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES, MINISTERE DE L'EMPLOI, DE LA COHESION SOCIALE ET DU LOGEMENT, 2007, *Quelles trajectoires d'insertion pour les personnes handicapées ?*, éditions de l'Ecole Nationale de la Santé Publique, 160 p.

MINISTERE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTE, DIRECTION GENERALE DE L'OFFRE DE SOINS (ed.), mars 2011, *Synthèse annuelle des données sociales hospitalières, année 2008*, 145 p., disponible sur Internet : <http://www.sante.gouv.fr/donnees-sociales-hospitalieres-2008.html>

MINISTERE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTE, février 2012, *Guide relatif à la protection sociale des fonctionnaires hospitaliers contre les risques maladie et accident de service*, 39 p., disponible sur Internet : http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2012/03/cir_34869.pdf

SALOU M., RAJOT B., 2007, *Le reclassement pour inaptitude médicale*, coll. Les diagnostics de l'emploi territorial, hors série n°10, CIG Petite Couronne, 30 p., disponible sur Internet : <http://www.cig929394.fr>

Articles

ANACT, janvier / février 2010, « Absentéisme, le débat est ouvert », *Travail et Changement*, n°329, 16 p., disponible sur Internet : www.anact.fr/portal/pls/portal/docs/1/3300374.PDF

CAIRA L., mai 2012, « Maintenir dans l'emploi des personnes en situation de handicap », *Soins Cadres*, n°82, pp. 25-28

COPIN J-Y., janvier / février 2012, « Reclassement des agents pour raison de santé, une étape du « cycle de l'inaptitude » », *Revue hospitalière de France*, n°544, pp. 50-53

ESCRIVA E., décembre 2004, « Le maintien dans l'emploi : un défi de GRH », *Tendances, la lettre des études de l'AGEFIPH*, n°1, 4 p., disponible sur Internet [consultation le 28 juin 2012] :

www.agefiph.fr/content/.../1131628886_tendances_numero_1.pdf

JABES A., PARAY J-P., NAHON P., PAGNAC L., juin 2007, « Le maintien dans l'emploi : faire face aux nouveaux défis », *Tendances, la lettre des études de l'AGEFIPH*, n°10, 4 p., disponible sur Internet [consultation le 28 juin 2012] :

www.agefiph.fr/.../1187884247_Tendances%20n°10_4%20pages.pdf

RAVAUD J-F., juillet / août 2012, « Les politiques du handicap : quelle philosophie ? Quels contenus ? », *Cahiers français*, n°369, pp. 48-53

SOCIETE FRANCAISE DE COURTAGE D'ASSURANCES HOSPITALIERES (SOFCAH), octobre 2011, « Absences au travail pour raison de santé dans les établissements hospitaliers - 2010 », *Analyse et Conjoncture*, 4 p., disponible sur Internet :

http://www.sofcap-sofcah.com/file/soflink/pj/analyse_conj_h_31088.pdf

VAISSIERE-BONNET M-G., mai 2009, « Le reclassement temporaire ou définitif pour maladie ou handicap des personnels dans la fonction publique hospitalière », *Santé RH*, n°6, pp. 16-18

Mémoires

BIDEPLAN F., 2006, *Pour une gestion adaptée de l'inaptitude : l'exemple du Centre Hospitalier de Dax*, mémoire d'Elève Directeur d'hôpital : Ecole Nationale de la Santé Publique, 118 p., disponible sur Internet [consultation le 24 mai 2012] :

<http://documentation.ehesp.fr/memoires/2006/edh/bideplan.pdf>

DEFAIN P., 2005, *Améliorer la gestion des personnels soignants en difficulté*, mémoire d'élève Directeur des Soins : Ecole Nationale de la Santé Publique, 71 p., disponible sur Internet : <http://documentation.ehesp.fr/memoires/2005/ds/defain.pdf>

GAILLARD P., septembre 2007, *L'adaptation des postes de travail des soignants à leur état de santé : l'implication du directeur des soins*, mémoire d'élève Directeur des Soins : Ecole Nationale de la Santé Publique, 61 p., disponible sur internet [consultation le 24 mai 2012] : <http://documentation.ehesp.fr/memoires/2007/ds/gaillard.pdf>

Supports de formation

LECOCQ C., 2012, *Support de cours – Gérer les inaptitudes professionnelles*, MB Formation, 44 p.

Sites Internet

<http://www.agefiph.fr>

<http://www.anmtph.fr/>

<https://www.cdc.retraites.fr>

http://extranet.ucanss.fr/contenu/public/EspaceDeveloppementDurable/Pratique/guide_organisme_public_socio-responsable/2011_guide/co/guide.html

→ CLUB DEVELOPPEMENT DURABLE DES ETABLISSEMENTS PUBLICS ET ENTREPRISES PUBLIQUES, 2011, Guide « L'organisme public socio-responsable », accessible en ligne uniquement.

<http://www.fiphfp.fr>

<http://www.handipole.org/>

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

<http://www.sante-rh.fr/>

<http://www.service.public.fr>

<http://travail-emploi.gouv.fr>

Liste des annexes

Annexe 1 : Liste des interlocuteurs rencontrés en entretien

Annexe 2 : Guides d'entretiens semi-directifs

Annexe 3 : Cartographie des acteurs du maintien dans l'emploi

Annexe 4 : Processus d'accompagnement au retour et maintien dans l'emploi des agents en absence de longue durée

Annexe 5 : Logigramme des étapes de la procédure juridique

Annexe 6 : Fiche de synthèse de situation individuelle

Annexe 1 : Liste des interlocuteurs rencontrés en entretien

Interlocuteurs de l'établissement principal terrain de l'étude :

Membres de la commission de « retour et maintien dans l'emploi » :

- Directeur des ressources humaines
- Coordonnateur général des soins
- 2 médecins de santé au travail
- Responsable RH, secteur des carrières
- Adjoint au responsable RH, secteur des carrières
- Responsable RH, cellule de recrutement
- Responsable de la formation tout au long de la vie
- Assistante sociale du personnel
- Psychologue du travail

Autres interlocuteurs au sein de l'établissement :

- Cadre supérieur de santé, cadre du pôle *Gériatrie – Neurologie – Rééducation*
- Cadre supérieur de santé, cadre du pôle *Femme – Mère – Enfant*
- Cadre de santé, service des consultations externes
- Contrôleur de gestion sociale
- Directeur-Adjoint chargé des services techniques et travaux, de la sécurité et du standard
- Cadre de service, responsable de la lingerie
- Cadre de service, responsable de la logistique
- 2 représentants des organisations syndicales

Interlocuteurs extérieurs :

- Chef de projet Développement Durable, CPAM de la Marne
- Référent handicap et santé au travail, Hôpitaux Universitaires Paris Centre (AP-HP, Cochin, Broca, Hôtel Dieu)

Contacts sans réponse :

- *Responsable RH et des relations sociales, CAF Yvelines*
- *Délégué interrégional handicap du FIPFHP, Ile-de-France*

* * *

Annexe 2 : Guides d'entretiens semi-directifs

Certaines questions peuvent sembler redondantes ; cette technique permet de recueillir une information exhaustive lors de l'entretien.

Grille d'entretien 1 : Professionnels d'autres structures

Ouverture de l'entretien

Remerciement de la présence de l'interlocuteur

Rappel de l'objet de l'entretien

Demande de présentation de l'interlocuteur (profil, parcours)

Pouvez-vous me présenter le cadre général de l'établissement et de la DRH ?

Demande présentation succincte établissement (contexte)

Demande présentation du contexte de la DRH et de l'organisation mise en place, des projets en cours de cette direction

Nombre de personnels / taux absentéisme

Quels sont les principaux axes de la politique sociale ?

Quelles sont vos problématiques actuelles (absentéisme,...) ?

Quel est votre point de vue global de la thématique de l'inaptitude au travail ?

Quel est votre positionnement par rapport à la thématique de l'inaptitude ?

Quelle est la perception de l'établissement vis-à-vis de cette thématique de l'inaptitude et de l'emploi des personnes handicapées ?

Est-ce une problématique prégnante dans votre établissement ? Pourquoi ?

Quel est le taux d'agents concernés parmi vos effectifs ? Quel est le pourcentage d'emploi des personnes handicapées ?

Quelles sont les durées d'absence pour raisons de santé (max, moyenne) ?

Quels sont les types d'inaptitude majoritairement rencontrés ? D'après vous, quelles en sont les causes ?

Quel est le profil général des agents en situation d'inaptitude (diplôme, âge, CSP...) ?

Quelles sont les difficultés pour un agent de retourner sur un emploi ?

D'après vous, quels sont les différents enjeux de cette problématique (juridique, social, organisationnel, éthique,...)

Avez-vous mené une réflexion spécifique concernant le retour et maintien dans l'emploi des professionnels en arrêt de longue durée ?

Dans quel contexte la réflexion sur cette problématique a-t-elle été conduite ?
Pouvez-vous me décrire les actions conduites ?
La démarche est-elle inscrite dans le projet social ?
D'après vous, cette problématique s'intègre-t-elle dans une dimension stratégique ou une dimension opérationnelle ?
Quels sont les aspects positifs du système mis en place ?
Quelles sont vos attentes / besoins par rapport au système mis en place ?
Quelles peuvent être les limites ou contraintes à la mise en place de mesures d'amélioration ?

Comment avez-vous mis en œuvre vos objectifs sur cette problématique ?

Avez-vous identifié un processus de réintégration de l'agent ? (circuit, modalités)
Quelles sont les pistes le plus souvent exploitées ? Pourquoi ?
Quelles sont les modalités d'accompagnement à la reprise ?
Quelles sont les modalités de suivi à moyen terme ?
Avez-vous identifié un référent ou coordonnateur ?
Quels outils avez-vous mis en place ? (fiches de liaison, tableaux de bord, dépliants, guides, notes d'information...)
Quelles sont les aides à la décision ? (critères d'orientation de l'agent)
Avez-vous des difficultés de mise en œuvre ? Lesquelles ? Pour quelles raisons ?
Quelles améliorations pourraient-elles être apportées ?

Qui sont les acteurs du dispositif ?

Quels sont les acteurs qui interviennent dans le dispositif de réintégration ?
Sollicitez-vous des spécialistes (ergonome, psychologue...) ?
De quelle manière impliquez-vous les partenaires sociaux ?
Quelles sont vos relations avec le service santé au travail ?
De quelle manière communiquez-vous avec les pôles ? Dans l'établissement ?
Avez-vous identifié un ou plusieurs référents pour gérer la procédure de réintégration ?

Avez-vous mis en place une commission chargée d'étudier les situations des agents présentant des restrictions d'aptitude ?

Dans quel contexte ? Qui a été l'initiateur ?
Quelles sont ses missions / champ de compétence ?
Qui participe à cette commission ?
Quel est votre rôle au sein de la commission ?
Quelles sont ses modalités de fonctionnement ? (fréquence réunions, animateur, préparation, rapport activité, charte...)

Quelles sont les modalités des échanges entre les participants de la commission ?
Quelles sont les communications dans l'établissement, aux instances ?
Quel en est le bilan : efficacité, valeur ajoutée, axes d'amélioration ?

Quelles modalités d'accompagnement des agents avez-vous mis en place ?

Quelles sont les modalités d'information des agents ?
Quelles sont les modalités d'accompagnement avant réintégration et de suivi ?
Quels documents sont-ils diffusés ?
Quels seraient les documents à élaborer ou modalités d'accompagnement à prévoir ?

Actions d'amélioration et indicateurs

Quel bilan faites-vous de la démarche conduite autour de la problématique de l'inaptitude ?
Le dispositif existant vous semble-t-il répondre aux objectifs ?
Quels en sont les points forts ?
Selon vous, quelles seraient les principales améliorations à apporter ?
Faut-il mettre l'accent sur la politique ou des actions de terrain ?
Selon vous, quelles actions faut-il conduire en priorité lors de la mise en place d'un dispositif ?

Clôture de l'entretien

Remerciement de la participation de l'interlocuteur à cet entretien
Demande de documents : Charte, Procédures, Fiches de liaison, Trames de dossiers, Tableaux de bord, Liste d'indicateurs, axes du projet social, plan d'actions, Articles internes d'information, diaporamas de présentation
Demande de nouveaux interlocuteurs pour mon enquête

* * *

Grille d'entretien 2 : Membre de la Commission de Retour et de Maintien dans l'Emploi du CHI de Poissy Saint-Germain-en-Laye

Ouverture de l'entretien

Remerciement pour le créneau de RDV

Rappel de l'objet de l'entretien → axé sur le fonctionnement de la Commission RME

Demande de présentation de l'interlocuteur (profil, parcours)

Quel est votre point de vue global de la thématique de l'inaptitude au travail ?

Quel est votre positionnement par rapport à la thématique de l'inaptitude ?

Quelle est la perception de l'établissement vis-à-vis de cette thématique de l'inaptitude et de l'emploi des personnes handicapées ?

En quoi le maintien dans l'emploi des personnes en situation de restriction d'aptitude est-il une problématique ?

D'après vous, cette problématique s'intègre-t-elle dans une dimension stratégique ou une dimension opérationnelle ?

Quels sont les types d'inaptitude majoritairement rencontrés ? D'après vous, quelles en sont les causes ?

Quel est le profil général des agents en situation d'inaptitude (diplôme, âge, CSP...) ?

Quelles sont les difficultés pour un agent de retourner sur un emploi ? Quels sont les freins à la réintégration ou au changement de poste ?

D'après vous, quels sont les différents enjeux de cette problématique (juridique, social, organisationnel, éthique,...)

Quelles peuvent être les limites ou contraintes à la mise en place de mesures d'amélioration ?

Quels sont les acteurs du dispositif ?

Quels sont les acteurs qui interviennent dans le dispositif de réintégration ?

Quelles sont les relations avec le service santé au travail ?

Quel est le rôle des cadres de service ou de pôle ?

Pouvez-vous me parler de la commission de retour et maintien dans l'emploi ?

Dans quel contexte a-t-elle été créée ? Qui a été l'initiateur ?

Quel est votre rôle au sein de la commission ?

Quelles sont ses missions / champ de compétence ?

Quel est (ou doit être) son objectif ?

La commission a-t-elle des difficultés à atteindre son objectif ? Pourquoi ?

Quelles sont les modalités d'accompagnement à la reprise et de suivi à moyen terme ?

Quelles modalités d'information, d'accompagnement et de suivi des agents faut-il prévoir ?

Quels outils ou documents sont utilisés ? (fiches de liaison, tableaux de bord, dépliants, guides, notes d'information...)

Un référent ou coordonnateur des démarches est-il identifié ?

Quelles sont les aides à la décision ? (critères d'orientation de l'agent)

Faut-il prévoir de communiquer auprès des instances, des personnels de l'établissement ?

Faut-il associer les organisations syndicales ?

Quels sont les aspects positifs de cette commission ?

Quels seraient les points d'amélioration de cette commission ?

Actions d'amélioration et indicateurs

Quel bilan faites-vous de la démarche conduite autour de la problématique de l'inaptitude ?

Le dispositif existant vous semble-t-il répondre aux objectifs ?

Quels en sont les points forts ?

Faut-il mettre l'accent sur la politique ou des actions de terrain ?

Selon vous, quelles seraient les principales améliorations à apporter ?

Clôture de l'entretien

Remerciement de la participation de l'interlocuteur à cet entretien

Demande de documents : Charte, Procédures, Fiches de liaison, Trames de dossiers, Tableaux de bord, Liste d'indicateurs, axes du projet social, plan d'actions, Articles internes d'information, diaporamas de présentation

Demande de nouveaux interlocuteurs pour mon enquête

* * *

Grille d'entretien 3 : Encadrement du CHI de Poissy Saint-Germain-en-Laye

Cette grille permet d'interroger les directeurs, les responsables de services administratifs, techniques ou logistiques, les cadres supérieurs de pôles cliniques, les cadres de santé.

Ouverture de l'entretien

- Remerciement pour le créneau de RDV
- Rappel de l'objet de l'entretien → problématique de l'inaptitude, sujet de mémoire professionnel dans le cadre de la formation AAH - EHESP
- Demande de présentation de l'interlocuteur (profil, parcours) et sur service / pôle

Quelles sont les principales problématiques RH de votre service / pôle ?

(Exemples : absentéisme, effectifs, CDD, conditions de travail,...)

Quel est votre point de vue global de la thématique de l'inaptitude au travail ?

- Quel est votre positionnement par rapport à la thématique de l'inaptitude ?
- Quelle est la perception de l'établissement vis-à-vis de cette thématique de l'inaptitude et de l'emploi des personnes handicapées ?
- D'après vous, quels sont les différents enjeux de cette problématique (juridique, social, organisationnel, éthique,...)
- Quelles sont les difficultés pour un agent de retourner sur un emploi ?
- D'après vous, cette problématique s'intègre-t-elle dans une dimension stratégique ou une dimension opérationnelle ?
- Quelles peuvent être les limites ou contraintes à la mise en place de mesures d'amélioration ?

Comment la problématique de l'inaptitude se traduit-elle dans votre service / pôle ?

- Quelles sont vos difficultés ? Sont-elles importantes ?
- Combien d'agents sont concernés dans votre service / pôle ? Quel est leur profil ? Quelles est la nature des restrictions d'aptitude ?
- Est-ce des agents sur poste aménagé ou en reconversion professionnelle ? Dans ce dernier cas, est-ce que le poste est quand même aménagé en fonction des capacités de l'agent (physiques, psychiques, intellectuelles) ?

Quelles sont vos pratiques de prise en charge de l'inaptitude ?

- Est-ce que vous pratiquez un repérage des agents ?
- Comment anticipez-vous le retour d'un agent ?

- Quelles sont les modalités d'accueil et de réintégration dans le service après un arrêt maladie de longue durée ? Est-ce un dispositif formalisé ?
- Quelles sont les modalités de suivi de l'agent à moyen/ long terme ?
- Vos démarches sont-elles locales (service/pôle) ou font-elles partie d'un dispositif prévu par l'établissement ?
- Quelles sont vos difficultés ? Quelles sont vos attentes (amélioration) ?

Qui sont vos interlocuteurs ?

- Quels sont les acteurs qui interviennent dans le dispositif de réintégration ?
- Sollicitez-vous des spécialistes (ergonome, psychologue...) ?
- Quelles sont vos relations avec le service santé au travail ?

Quelles sont vos pratiques de prévention des problèmes de santé ?

- Vos démarches sont-elles locales (service/pôle) ou font-elles partie d'un dispositif prévu par l'établissement ?
- Quelles sont vos difficultés ? Quelles sont vos attentes (amélioration) ?

Actions d'amélioration à l'échelle de l'établissement

- Quel bilan faites-vous de la démarche conduite autour de la problématique de l'inaptitude ?
- Quels sont les atouts de l'organisation actuellement mise en place ? (celle que vous venez de décrire)
- Selon vous, quelles seraient les principales améliorations à apporter ?
- Faut-il mettre l'accent sur la politique sociale ou des actions de terrain ?

Clôture de l'entretien

- Remerciement de la participation de l'interlocuteur à cet entretien
- Demande de documents : fiche évaluation spécifique
- Demande de nouveaux interlocuteurs pour mon enquête

* * *

Grille d'entretien 4 : Partenaires sociaux

Ouverture de l'entretien

- Remerciement pour le créneau de RDV
- Rappel de l'objet de l'entretien → problématique de l'inaptitude, sujet de mémoire professionnel dans le cadre de la formation AAH – EHESP, état des lieux dans le cadre de la mission de stage, déjà interviewé cadres de services, responsables administratifs... et interlocuteurs extérieurs
- Demande de présentation de l'interlocuteur (profil, parcours) et sur service / pôle

Point de vue global

- Quel est votre perception globale de la thématique de l'inaptitude pour raisons de santé ?
- Comment définissez-vous une situation de restriction d'aptitude ou d'inaptitude ? Quelles peuvent être les conséquences, de votre point de vue ?
- En tant que représentant du personnel, êtes-vous concerné par cette thématique ?
- En quoi est-ce une problématique au CHIPS ? Pourquoi ?
- Est-ce une thématique prioritaire au CHIPS ? Pourquoi ?

Prise en charge

- Avez-vous déjà été contacté par des agents en difficulté ? Dans quelles situations ? Quel était le profil des agents ? Comment la situation a-t-elle été résolue ?
- Quel est le rôle de la DRH ? Quel processus doit être mis en place ?
- D'après vous, quels sont les principaux acteurs ?
- Avez-vous des exemples de démarches d'autres établissements ?
- Est-ce plutôt un axe stratégique ou une problématique de terrain ?

Prévention

- Quelles sont les actions de prévention conduites ?

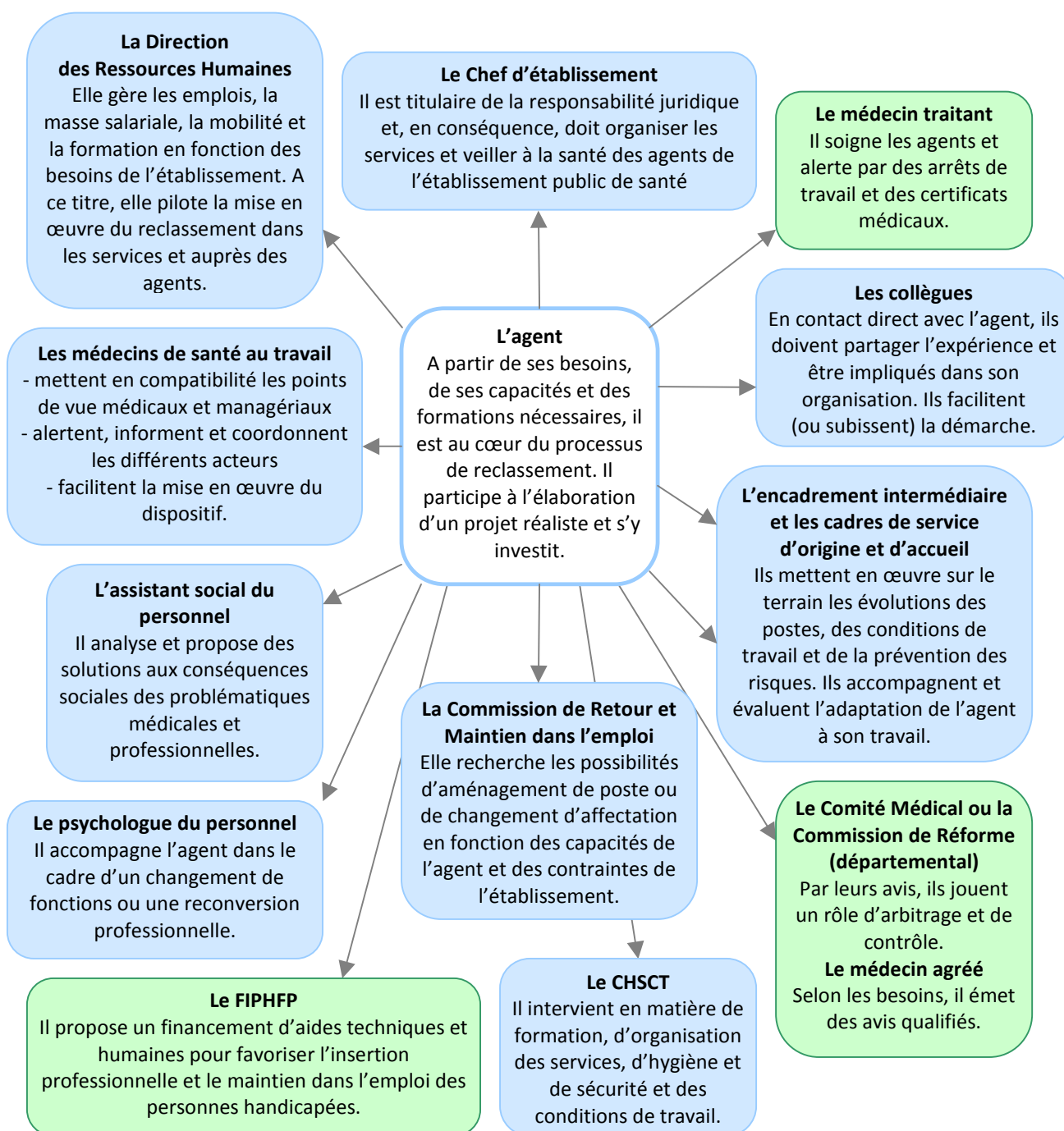
Améliorations

- Quelles remarques pouvez-vous formuler sur les pratiques actuelles concernant cette problématique ?

* * *

Annexe 3 : Cartographie des acteurs du maintien dans l'emploi

 <p>C.H.I.P.S.</p>	<p>CHARTE DE FONCTIONNEMENT DE LA COMMISSION DE RETOUR ET DE MAINTIEN DANS L'EMPLOI</p>	<p>DRH Rédigé par : Amélie COURIAUT, stagiaire élève AAH Validé par :</p>
		<p>Version 1 Date : 05/10/2012</p>



Annexe 4 : Processus d'accompagnement au retour et maintien dans l'emploi des agents en absence de longue durée (plus de 3 mois)

	CHARTRE DE FONCTIONNEMENT DE LA COMMISSION DE RETOUR ET DE MAINTIEN DANS L'EMPLOI	DRH
		Rédigé par : Amélie COURIAUT, stagiaire élève AAH
		Validé par :
		Version 1 Date : 05/10/2012

Quand	Actions	Qui
PHASE D'ANTICIPATION Identification et qualification de la situation (médicale, sociale, professionnelle, administrative) Un à deux mois avant fin du congé pour raisons de santé	⇒ Visite médicale de pré-reprise (-1 mois) ⇒ Sur accord de l'agent, analyse de l'avis médical d'aptitude de la visite de pré-reprise et propositions ⇒ Etude des postes vacants ⇒ Entretien relatif aux compétences et au projet professionnel ⇒ Evaluation des besoins en formation ⇒ Accompagnement psychologique et social en fonction de la situation de l'agent ⇒ Remise de documents d'information à l'agent (plaquettes d'information)	Médecin du travail Commission RME Responsable recrutement Référent RH de l'agent Responsable de formation Psychologue du travail, assistante sociale du personnel Responsable RH



PERIODE DE REPRISE Proposition d'emploi Quelques semaines avant la réintégration	⇒ Proposition de reprise sur un poste aménagé ou d'un nouvel emploi vacant dans l'établissement ⇒ Remise de documents d'information à l'agent (fiche de poste) ⇒ Détermination des mesures d'accueil de l'agent avec le cadre de proximité ⇒ Accompagnement psychologique et social en fonction de la situation de l'agent ⇒ Confirmation de la date de fin du congé pour raisons de santé	Commission RME et Responsable RH / DRH / Référent RH de l'agent Responsable RH Référent RH de l'agent Psychologue du travail, assistante sociale du personnel Responsable gestion des carrières
--	--	---



[Page suivante]

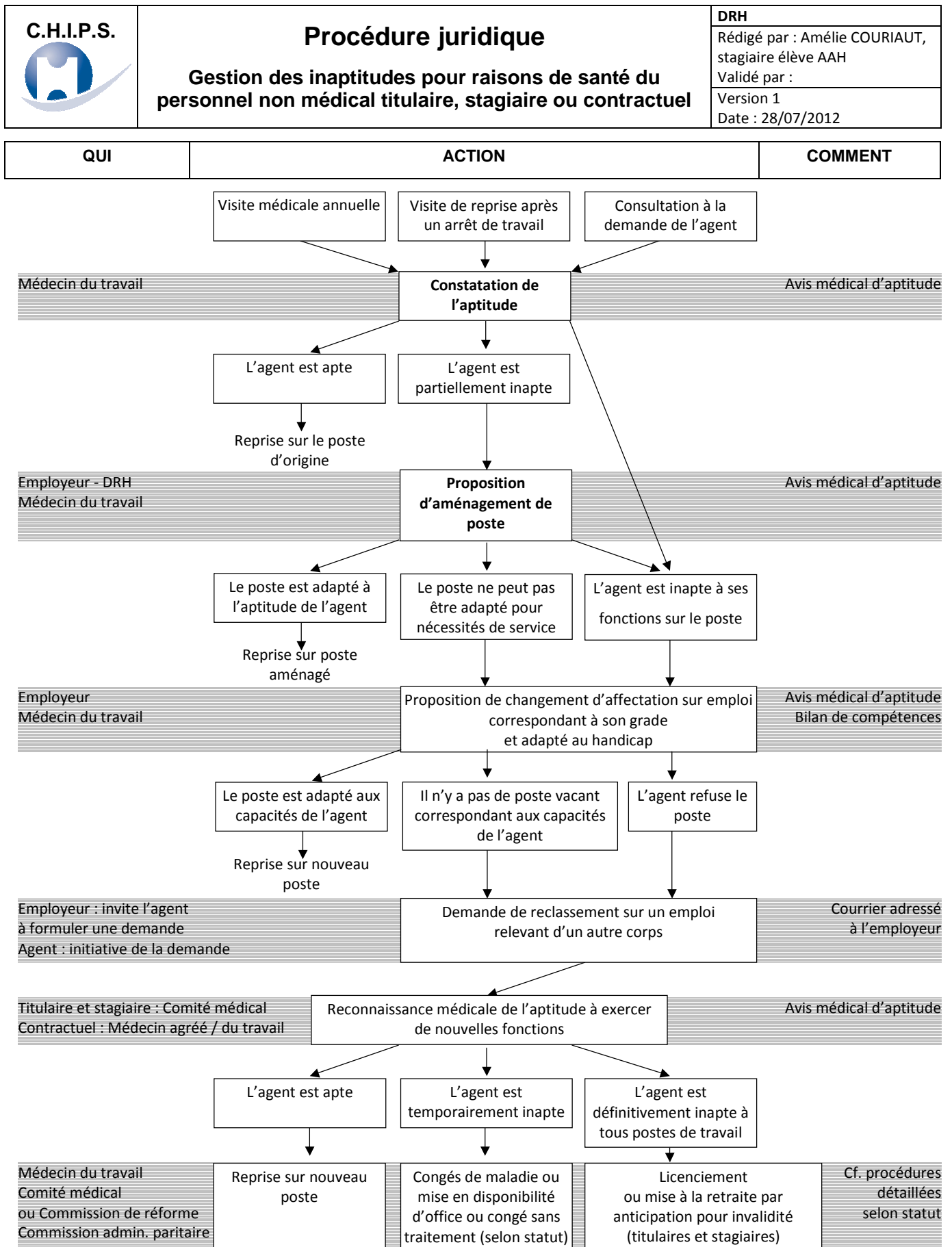
PHASE D'INTEGRATION SUR LE POSTE Pendant deux mois après reprise	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Confirmation du niveau d'aptitude lors de la visite de reprise ⇒ Vérification et mise en œuvre des conditions d'accueil et d'intégration avec le cadre de proximité (matériel, horaires, tutorat, formation interne...) ⇒ Remise de documents d'information à l'agent (livret d'accueil du personnel, supports utiles à la prise de poste) ⇒ Suivi psychologique et social en fonction de la situation de l'agent ⇒ Retour d'information à la commission RME 	Médecin du travail Référent RH Coordonnateur général des soins Responsable RH, Cadre de proximité Psychologue du travail, assistante sociale du personnel Membres commission
---	--	---




PERIODE DE SUIVI Pendant un an suivant la reprise	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Visite médicale de vérification de l'aptitude ⇒ Evaluation individuelle spécifique de l'agent (grille spécifique) ⇒ Suivi de l'absentéisme de l'agent ⇒ Suivi psychologique et social en fonction de la situation de l'agent ⇒ Point d'étape : retour d'information à la commission RME ⇒ Identification des besoins de formation et orientation en cas de projet de reconversion professionnelle 	Médecin du travail Cadre de proximité Responsable RH Psychologue du travail, assistante sociale du personnel Membres commission Responsable de formation continue
--	--	--

* * *

Annexe 5 : Logigramme des étapes de la procédure juridique



Annexe 6 : Fiche de synthèse de situation individuelle

	Commission de retour et maintien dans l'emploi Fiche de synthèse de situation individuelle	DRH – Secteur Carrières
		Rédigé par :
		Le :
		Destinataires : membres de la commission de retour et de maintien dans l'emploi Diffusé pour situation complexe une semaine avant réunion

PROFIL

NOM		Sexe	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme
Prénom		Age	ans
Statut	<input type="checkbox"/> Titulaire <input type="checkbox"/> CDI <input type="checkbox"/> Stagiaire <input type="checkbox"/> CDD	Grade	
UF Service		Date entrée dans UF	
Poste occupé			
Temps de travail / dates	depuis le :		
Situation administrative actuelle	Date de situation : depuis le / jusqu'au <input type="checkbox"/> En poste <input type="checkbox"/> Congé de maladie ordinaire <input type="checkbox"/> CLM – CLD – Congé de grave maladie <input type="checkbox"/> Congé pour AT-MP <input type="checkbox"/> En disponibilité, à préciser : <input type="checkbox"/> Autre, à préciser :		

PARCOURS PROFESSIONNEL

Diplômes			
Expériences professionnelles			
Compétences spécifiques		Date bilan de compétences	

HISTORIQUE DES SERVICES

Date entrée	Date sortie	Service	Statut	Temps de travail

HISTORIQUE DE L'ABSENTEISME

Service	Nature	Date début	Date retour effective ou prévisionnelle	Nombre de jours	Traitement (plein ou demi- traitement)

Si maladie professionnelle, date de consolidation :

DERNIERS AVIS D'APTITUDE

Date	Auteur (SST, comité médical, commission de réforme)	Décision (apte avec restrictions, apte avec aménagement, inapte au poste...)	Observations

→ Est-ce que les réserves d'aptitude portent sur le cœur de métier de l'agent ?

HISTORIQUE DES RDV / CONTACTS TELEPHONIQUES

Date	Référent(s)	Synthèse

PROPOSITIONS

Hypothèses	
Postes proposés / dates	
Projet de formation/ reconversion professionnelle	

SUIVI

Date	Référent(s)	Observations

* * *

COURIAUT

Amélie

Décembre 2012

Elève Attaché d'Administration Hospitalière

Promotion 2012

L'accompagnement des agents en situation d'inaptitude pour raisons de santé : un enjeu de la politique sociale

Résumé :

Au croisement des questions d'absentéisme et d'obligation d'emploi des travailleurs handicapés, se trouve la thématique de la gestion des situations d'inaptitude pour raisons de santé. Cette problématique est un enjeu majeur de la politique socio-responsable des établissements publics de santé.

L'inaptitude partielle ou absolue sur un poste de travail est prononcée par le médecin de santé au travail, et a pour conséquence la mise en place d'un processus cadré par la réglementation : aménagement du poste de travail, changement d'affectation voire reclassement sur un autre emploi. Les incidences sur les agents concernés et les organisations doivent être évaluées.

L'étude conduite dans un centre hospitalier a permis de dégager deux objectifs essentiels d'amélioration : structurer et individualiser l'accompagnement des agents, porter une vision d'ensemble sur les champs de la prise en charge de l'inaptitude et de la prévention des risques professionnels.

Mots clés :

Inaptitude, incapacité, handicap, reclassement, réinsertion professionnelle, gestion ressources humaines, santé au travail, prévention, conditions travail, absentéisme, projet social, politique sociale

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.