



EHESP

Attaché d'administration hospitalière

Promotion : **2018**

Date du Jury : **Décembre 2018**

**Mise en œuvre d'une convention avec
le FIPHFP au CH de Niort : intérêts et
limites de la démarche**

Marie-Dominique AUTEXIER

Remerciements

Tout d'abord je tiens à remercier Christine VANDE, attachée d'administration hospitalière à la direction du personnel et des relations sociales du centre hospitalier de Niort, pour sa bienveillance et pour m'avoir permis d'accéder à toutes les ressources nécessaires à la réalisation de ce projet de mémoire.

Je remercie aussi Valérie JUBIEN, adjointe des cadres dans le même service qui m'a régulièrement accordée son temps précieux pour consolider les données sur la convention FIPHFP.

J'adresse également ma reconnaissance à Isabelle FERREIRA, directrice des ressources humaines à la direction du personnel et des relations sociales, pour m'avoir pleinement intégrée dans les activités de ce service.

Mes remerciements vont aussi à Caroline DEKERLE, déléguée territoriale handicap de Nouvelle-Aquitaine pour son éclairage sur le sujet.

Enfin, je remercie toutes les personnes rencontrées au cours de mon stage qui ont aimablement répondu aux entretiens ou échangé avec moi.

A titre personnel, je tiens à souligner que si vous prenez plaisir à lire ce mémoire c'est grâce à mon amie Audrey PÉTARD, professeure des écoles, qui a bien voulu me relire et m'a précieusement conseillée sur la rhétorique. Quant à Monsieur Christophe LE RAT, directeur adjoint de la recherche à l'EHESP je lui exprime toute ma gratitude pour s'être montré disponible et patient.

"L'amélioration d'un groupe n'a pas pour base l'élimination des moins bons, ni la sélection des meilleurs. Elle vient des personnes handicapées qui ont surmonté leur handicap."

Albert JACQUARD

Sommaire

Introduction	1
1 CADRE REGLEMENTAIRE ET REPRESENTATIONS DU HANDICAP :	3
1.1 Qu'est-ce que la convention FIPHFP	3
1.1.1 Qu'est-ce que le FIPHFP ?	3
1.1.2 Les attendus de la convention FIPHFP	5
1.2 L'enjeu de l'inclusion socioprofessionnelle des personnes en situation de handicap dans la fonction publique.....	6
1.2.1 Représentation du handicap	6
1.2.2 Maintien dans l'emploi	9
1.3 Problématique et méthodologie	10
2 SITUATION DU CH DE NIORT.....	12
2.1 État des lieux et définition de la politique du handicap	12
2.2 Les acteurs de la prise en charge des personnels handicapés	17
2.3 Avantages et inconvénients de la convention pour le CH de Niort.....	19
3 LA STRATEGIE DE L'AAH POUR TENDRE AU CONVENTIONNEMENT	20
3.1 Comment faire évoluer les pratiques d'inclusion des travailleurs handicapés dans la gestion des ressources humaines ?	20
3.1.1 Actions et préconisations de l'AAH	20
3.2 Limites de l'AAH et freins au conventionnement.....	26
Conclusion	29
Bibliographie	33
Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

AAH : Attaché d'Administration Hospitalière.

ANFH : Association Nationale pour la Formation permanente du personnel Hospitalier.

AGEFIPH : Association de Gestion du Fonds pour l'Insertion Professionnelle des Personnes Handicapées.

BOE : Bénéficiaires de l'Obligation d'Emploi.

CH : Centre Hospitalier.

COPIL : Comité de Pilotage.

DRH : Directrice des Ressources Humaines.

DPRS : Direction du Personnel et des Relations Sociales.

DS : Directeur des Soins.

DTH : Délégués Territoriaux au Handicap.

EPRD : État Prévisionnel des Recettes et des Dépenses.

FHF : Fédération Hospitalière de France.

FIPHFP : Fonds d'Insertion pour les Personnes Handicapées dans la Fonction Publique.

FPH : Fonction Publique Hospitalière.

FPT : Fonction Publique Territoriale.

GHT : Groupement Hospitalier de Territoire

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales.

OETH : l'Obligation d'Emploi des Travailleurs Handicapés.

OMS : Organisation Mondiale de la santé.

ONU : Organisation des Nations Unies.

RQTH : Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé.

SAMETH : Services d'Aide au Maintien dans l'Emploi des Personnes Handicapées.

Introduction

Les quarante dernières années ont été marquées par trois grandes lignes d'évolution dans le champ du handicap. Un tournant conceptuel radical s'est opéré et des transformations politiques à l'échelle nationale sont apparues. Sous l'impulsion de l'Organisation des Nations unies (ONU), de grandes orientations relatives aux politiques du handicap ont été élaborées au niveau international.¹

La société s'est adaptée et propose à ce jour un abord sociologique qui intègre une logique protectrice de la personne handicapée. Ainsi, l'approche médicale du handicap est abandonnée au profit d'une approche plus globale et inclusive de la personne face à son environnement. On parle d'inclusion plutôt que d'insertion ou d'intégration².

Cette dernière sémantique peine cependant à s'imposer. A l'heure actuelle c'est le terme d'insertion qui semble le plus utilisé par les professionnels.³

La loi 2005-102 du 11 février 2005 sur l'égalité des droits et des chances, la participation sociale et la citoyenneté des personnes handicapées⁴ donne pour la première fois une définition du handicap : « Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant. »

Face à ce nouveau modèle social qui pose une règle d'accessibilité universel au nom d'un principe général européen de non-discrimination,⁵ la collectivité nationale a l'obligation de garantir l'égalité des droits et des chances aux personnes handicapées, quelle que soit la nature de leur handicap, par un processus de compensation. Ainsi, l'état est garant de l'égalité de traitement par l'obligation d'un aménagement « raisonnable ».

Pour répondre à cette logique, l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés s'est imposée aux employeurs publics en 2005 même si celle-ci était déjà existante depuis 1924 en France et s'appliquait au secteur privé depuis 1987.

L'obligation d'emploi semble de mieux en mieux respectée, en particulier dans la fonction publique puisque ces dernières années le taux légal des personnes en situation de handicap poursuit sa progression et atteint 5,49% sur l'ensemble des trois fonctions

¹ VILLE ISABELLE, FILLION EMMANUELLE, RAVAUD JEAN-FRANÇOIS, 2014 *Introduction à la sociologie du handicap*, 1^{ère} édition. Louvain-la-Neuve, De Boeck, 255 p.

² MICHEL CHAUVIERE, Intervention aux États Régionaux de l'inclusion du 2 novembre 2012, Dijon, *Intégration, insertion, inclusion... évolution ou révolution ?*

³ BRIGITTE BOUQUET *et al.* « Introduction », *Vie sociale* 2015/3 (n° 11), p.11.

⁴ Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

⁵ Directive 2000/78/CE du Conseil du 27 novembre 2000 portant création d'un cadre général en faveur de l'égalité de traitement en matière d'emploi et de travail.

publiques. Ce chiffre représente 240 691 bénéficiaires de l'obligation d'emploi (BOE) dont 51 883 dans la Fonction publique hospitalière (FPH) et les 6% de quotas réglementaires sont dépassés dans la Fonction publique territoriale (FPT)⁶. Le Fonds d'Insertion pour les Personnes Handicapées dans la Fonction Publique (FIPHFP) est chargé de recouvrir les contributions financières des établissements publics qui n'atteignent pas les 6% du quota. Les fonds accumulés permettent la mise en œuvre d'une politique incitative pour le maintien dans l'emploi et l'insertion professionnelle.

Le conventionnement avec le FIPHFP fait partie intégrante de cette politique.

Le centre hospitalier (CH) de Niort est sensible au sujet du handicap. L'hôpital a inauguré un service HandiSanté en 2017, un dispositif inédit dans le département des Deux-Sèvres. Celui-ci propose des actes médicaux somatiques adaptés aux patients présentant un handicap physique ou psychique. Le projet est particulièrement adapté aux personnes autistes.

Au sein de la direction du personnel et des relations sociales (DPRS), la volonté est affichée de soutenir l'inclusion socioprofessionnelle des personnes en situation de handicap.

En termes d'accompagnement des agents en situation de handicap, même si le suivi du personnel est assuré par plusieurs acteurs, l'organisation et la gestion des ressources humaines autour du sujet peine à se structurer.

D'autre part, il est impossible de concevoir la politique du handicap sans évoquer la question du reclassement et du maintien dans l'emploi. En effet, dans la FPH les agents reclassés statutairement entre dans le recensement des travailleurs en situation de handicap pour la déclaration des BOETH au FIPHFP.

Le CH de Niort a un taux d'emploi légal de 5,23% entraînant une pénalité financière de l'établissement à hauteur de 117 138 euros.

La mission du stage de professionnalisation en arrivant à la DPRS du CH de NIORT était de reprendre la rédaction de la convention FIPHFP déjà engagée par l'ancien directeur des ressources humaines.

Après avoir pris connaissance du cadre réglementaire de la convention et établi un état des lieux de la situation, les questionnements suivants ont émergé :

Dans quelle(s) mesure(s) la mise en œuvre d'une convention avec le FIPHFP serait-elle bénéfique à l'établissement ? Pourquoi donc conventionner avec le FIPHFP ?

En quoi les compétences de l'Attaché d'administration hospitalière (AAH) peuvent-elles être une ressource dans l'élaboration et la mise en œuvre de la convention avec le FIPHFP ?

⁶ Données issues de la Conférence de presse 28 juin 2018. *Dossier de presse FIPHFP, Bilan et résultats 2017.*

Il conviendra dans un premier temps de définir les attendus réglementaires de la convention FIPHFP et de s'interroger sur les représentations du handicap dans la société (I) ; puis l'organisation et la mise en œuvre de la politique du handicap au sein de l'établissement CH de Niort sera détaillée (II) et enfin nous verrons quelle peut-être la stratégie de l'AAH pour réussir le conventionnement (III).

1 CADRE REGLEMENTAIRE ET REPRESENTATIONS DU HANDICAP :

Le cadre législatif impose à l'employeur une obligation d'emploi des travailleurs handicapés. La mission du FIPHFP est d'inciter les employeurs à développer des politiques d'inclusion professionnelle ambitieuses et à contribuer au changement de regard sur le handicap. La représentation du handicap dans la société française influence tous les domaines. L'inclusion doit aller au-delà de l'intégration et promouvoir le vivre ensemble.

1.1 Qu'est-ce que la convention FIPHFP

1.1.1 Qu'est-ce que le FIPHFP ?

Le FIPHFP a pour mission de maintenir dans l'emploi les travailleurs handicapés et de favoriser leur insertion professionnelle dans les trois fonctions publiques. Son homologue dans le secteur privé est l'Association de Gestion du Fonds pour l'Insertion Professionnelle des Personnes Handicapées (AGEFIPH).

Les aides indirectes accordées par ces deux organismes répondent à l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés (OETH) qui pèse sur l'employeur. Cette obligation d'emploi apparue au lendemain de la Première Guerre Mondiale au profit des mutilés de guerre a été profondément remaniée par la loi du 10 juillet 1987⁷ puis par la loi du 11 février 2005⁸ pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Elle revoit certaines dispositions tout en renforçant les mécanismes d'incitation à l'embauche. Elle insiste sur le principe de non-discrimination pour garantir

⁷ Loi n° 87-517 du 10 juillet 1987 en faveur de l'emploi des travailleurs handicapés.

⁸ Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

l'égalité de traitement pour tous. Ainsi, tout employeur de plus de vingt salariés se doit d'embaucher à temps plein ou à temps partiel des travailleurs handicapés dans une proportion de 6% de l'effectif total des salariés sous réserve de verser une contribution en nature au FIPHFP ou à l'AGEFIPH.

Le FIPHFP, créé en 2005 par cette même loi, est alimenté par les versements des employeurs publics ne respectant pas l'obligation d'emploi.

Outre ces deux lois, on peut en citer d'autres qui ont permis d'obtenir des droits et un statut légal aux personnes handicapées.

On retiendra la loi du 23 novembre 1957⁹ qui affirme le droit au reclassement professionnel de tous les handicapés et mentionne déjà l'obligation d'emploi. Mais faute de contrôle celle-ci ne sera pas appliquée.

Une loi fondatrice, dans le sens où elle constitue une étape fondamentale dans la construction de la politique publique des personnes handicapées, est la loi n° 75-534 du 30 juin 1975¹⁰ d'orientation en faveur des personnes handicapées. Elle fut portée par Simone Veil et Renée Lenoir.

Le FIPHFP, dont la gestion administrative est confiée à la caisse des dépôts et consignation, est un établissement public administratif placé sous la tutelle de plusieurs ministères : ministère des Affaires sociales et de la Santé chargée des Personnes handicapées et de la Lutte contre l'exclusion, ministère de l'Intérieur, ministère de la Réforme de l'État, de la Décentralisation et de la Fonction publique, ministère de l'Économie et des Finances, chargé du Budget.

Les délégués territoriaux au handicap (DTH) mis à disposition par le FIPHFP animent des comités locaux et viennent en soutien aux employeurs. Ils effectuent un travail de proximité dans les régions et sont des contacts privilégiés auprès des structures.

Les employeurs publics peuvent solliciter les financements directs du FIPHFP soit par la e-plateforme, ouverte à l'ensemble des employeurs publics quelle que soit leur taille soit par la contractualisation d'un projet pluriannuel entre l'employeur et le FIPHFP.

Dans le cadre de partenariats, il existe par ailleurs, un accès à des prestations cofinancées par le FIPHFP, par exemple avec l'Association Nationale pour la Formation permanente du personnel Hospitalier (ANFH).

Un agent peut lui aussi saisir le site.

Le FIPHFP précise sur son site internet qui sont les BOE¹¹

- ✓ Les personnes qui ont obtenu la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) ;

⁹ Loi n° 57-1223 du 23 novembre sur le reclassement professionnel.

¹⁰ Loi n° 75-534 du 30 juin 1975¹⁰ d'orientation en faveur des personnes handicapées.

¹¹ <http://www.fiphfp.fr>.

- ✓ Les victimes d'accident du travail ou de maladie professionnelle, titulaires d'une rente, ayant une incapacité partielle permanente au moins égale à 10% ;
- ✓ Les titulaires d'une pension d'invalidité, si celle-ci réduit d'au moins des deux tiers leur capacité de travail ;
- ✓ Les anciens militaires titulaires d'une pension d'invalidité ;
- ✓ Les sapeurs-pompiers volontaires victimes d'un accident dans l'exercice de leurs fonctions ;
- ✓ Les titulaires de la carte d'invalidité ;
- ✓ Les bénéficiaires de l'allocation adulte handicapé.

A cette liste des bénéficiaires de l'obligation d'emploi s'ajoutent pour le secteur public : les agents reclassés, les agents qui bénéficient d'une allocation temporaire d'invalidité et les anciens emplois réservés.¹²

1.1.2 Les attendus de la convention FIPHFP

La convention FIPHFP est un contrat conclu entre l'établissement public et le FIPHFP par lequel l'employeur s'engage à mettre en œuvre une politique de maintien dans l'emploi et d'intégration des travailleurs handicapés au sein de son établissement. En contrepartie, le FIPHFP s'engage à accorder un budget selon les prévisions établies par l'employeur.

La convention est signée pour trois années et peut être renouvelée mais aussi prolongée par le biais d'un avenant (par exemple si tout l'argent n'a pas entièrement été utilisé au cours de la période définie par la convention).

Elle s'adresse aux établissements de plus de 550 agents principalement. Elle permet à l'établissement de disposer d'une avance de trésorerie et de se projeter sur les trois ans à venir.

L'employeur justifie ses dépenses par un bilan d'activité annuel précisant les actions mises en œuvre et leurs résultats. Ces bilans conditionnent les versements des fonds du FIPHFP. L'employeur doit nécessairement être à jour concernant sa contribution volontaire et n'est en rien exonéré de celle-ci. Un bilan de fin de convention est établi.

L'élaboration d'une convention avec le FIPHFP nécessite des étapes préalables. L'employeur construit l'élaboration de la convention pluriannuelle en lien avec le Délégué territorial au handicap (DTH) de sa région.

Tout d'abord, l'établissement dresse un état des lieux de la situation afin d'établir un diagnostic. La convention s'inscrit dans une politique globale sur le handicap entreprise par l'établissement. La rédaction de la convention peut se faire soit par une ressource

¹² Articles L.5212-13 et 5212-15 du code du travail et ancien article L.323-5 du code du travail et article 2 et 3 du décret 2006-501 du 03 mai 2006 relatif au fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique.

interne à l'établissement soit par un prestataire extérieur. Le FIPHFP finance cette phase de réflexion et d'écriture du projet de convention sur présentation de devis et de factures du prestataire ou sur présentation du coût salarial de la personne interne à l'établissement.

Le DTH accompagne l'employeur tout au long de sa démarche. Il a pour mission d'expertiser et d'apporter un soutien technique ainsi qu'une information stratégique dans la conduite de projet.

Le projet de convention répond à un format précis. Il est attendu ¹³:

- Une lettre d'intention de la plus haute autorité de l'employeur adressée au Directeur du FIPHFP,
- Le tableau prévisionnel de suivi des effectifs,
- La partie narrative qui comprend un état des lieux de la structure sur ses effectifs et ses BOE associée à une analyse, des données de santé au travail, une présentation de la politique du handicap envisagée avec la description du projet de convention. Le FIPHFP met à disposition des modèles préétablis.
- La partie « fiches actions » avec sept thématiques prédéfinies qui s'inscrivent dans un plan d'action décliné en sept axes majeurs. Elles décrivent les actions à mener sur les trois années à venir et sont assorties d'un budget.
- Le budget de la convention qui détaille les financements demandés au FIPHFP.

Le DTH met en lien l'employeur avec le chargé de projet convention handicap qui le transmettra au comité local pour délibération. Ce dernier a huit semaines pour statuer sur la convention.

Si l'atteinte des objectifs de 6% par l'établissement présente un réel intérêt financier du fait du non-paiement d'une contribution financière, il n'en reste pas moins que l'enjeu majeur de cette convention est avant tout de structurer la politique handicap de l'établissement et de la pérenniser dans le temps.

En outre, bénéficier d'une trésorerie est un atout pour l'établissement.

La convention dispense aussi de la saisie systématique des demandes d'aides sur la e-plateforme de la Caisse des dépôts prévue à cet effet.

1.2 L'enjeu de l'inclusion socioprofessionnelle des personnes en situation de handicap dans la fonction publique

1.2.1 Représentation du handicap

¹³ www.FIPHFP.fr

Le terme handicap vient de l'anglais : « hand » in « cap ». Cette notion qui signifie « la main dans le chapeau » s'utilisait autrefois pour désigner un désavantage imposé aux meilleurs chevaux lors des concours hippiques.

Depuis la définition a bien évolué et le regard sur le handicap s'est transformé.

En 1980, la classification internationale du handicap de Wood appelée CIH 1 propose une approche médicale du handicap. Celle-ci sera développée par l'organisation mondiale de la santé (OMS) selon trois composantes : la déficience, l'incapacité, le désavantage. Cette vision individuelle du handicap engendre une certaine culpabilisation de la personne et n'est basée que sur l'idée d'un manque. Sous la pression des personnes handicapées qui invoquent un regard réducteur et trop médical l'OMS adopte une seconde classification en 2001, la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé nommée CIF 2001.

Une approche plus sociologique se construit. On passe d'une logique protectrice à une logique intégrative et inclusive.

Simultanément, Les grandes orientations politiques françaises sont marquées par plusieurs grandes lois.

La loi du 30 juin 1975¹⁴ d'orientation en faveur des personnes handicapées marque un tournant majeur dans l'évolution du champ du handicap. Même si une définition précise du mot n'est pas donnée, un changement de référentiel apparaît. Un droit à compensation se construit progressivement. Il recouvre aussi bien les besoins individuels que la participation à la vie culturelle, économique et sociale des personnes handicapées.

L'article 11 de la loi du 11 février 2005¹⁵ ouvre un large champ du droit à compensation : « La personne handicapée a droit à la compensation des conséquences de son handicap quels que soient l'origine et la nature de sa déficience, son âge ou son mode de vie. »

Cette loi reconnaît la responsabilité de l'environnement et du cadre de vie dans la production du handicap.

Au niveau international les politiques dans le champ du handicap doivent beaucoup à l'ONU. Sous son impulsion, la Convention internationale relative aux droits des personnes handicapées a été adoptée le 13 décembre 2006 par l'Assemblée générale des Nations unies. Elle tend à « promouvoir, protéger et assurer » la dignité, l'égalité devant la loi, les droits humains et les libertés fondamentales des personnes avec des handicaps en tous genres. L'objectif est la pleine jouissance des droits humains fondamentaux par les personnes handicapées et leur participation active à la vie politique, économique, sociale et culturelle. Elle a été ratifiée avec son protocole facultatif par la France en février 2010, pour une entrée en vigueur en mars 2010.

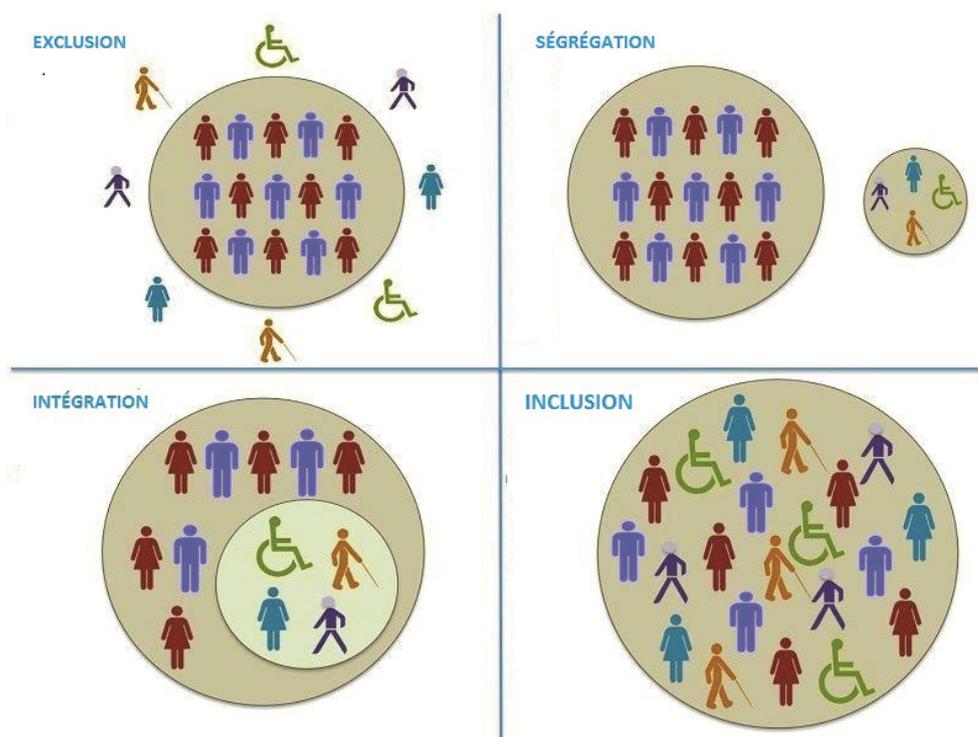
¹⁴ Loi n° 75-534 du 30 juin 1975¹⁴ d'orientation en faveur des personnes handicapées.

¹⁵ Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

La loi reconnaît 6 types de handicaps : le handicap moteur, le handicap sensoriel, le handicap mental, le handicap psychique, le handicap cognitif et le polyhandicap. L'OMS a joué un rôle moteur dans cette internationalisation mais aussi au sein de l'Europe.

Au final, le concept d'intégration qui suppose une adaptabilité de la personne à son environnement et au groupe, disparaît au profit de celui de l'inclusion qui au contraire renvoie à l'idée d'une adaptation de la société aux personnes handicapées.

Le schéma suivant résume assez bien ces notions.



16

Chaque société a sa représentation du handicap mais aussi chaque individu.

La perception et le vécu du handicap entre « malade » et « bienportant » par exemple est souvent différente. De nombreuses études se sont intéressées à l'évaluation de la qualité de vie des personnes handicapées et à sa perception. Elles tendent toutes à démontrer cette différence de perception. Cette notion appelée « disability paradox » est intéressante dans le sens où elle engendre des réactions plus ou moins négatives sur le handicap en fonction des individus et de leurs représentations.

Le handicap n'est pas un sujet facilement évoqué dans le cadre du travail notamment à l'hôpital. Pour des raisons en grande partie liées aux individus, à leur degré relatif

¹⁶ PRADO CHRISTEL, juin 2014, Avis du Conseil économique, social et environnemental, *Mieux accompagner et inclure les personnes en situation de handicap : un défi, une nécessité*, p24.

d'acceptation, de refus ou de compensation de la situation, ces représentations négatives sont des freins à l'intégration.

Comme le cite un article de *La revue hospitalière de France*, dans le secteur hospitalier, « la représentation sociale relève de la rumeur »¹⁷.

Au CH de Niort ce constat a été fait par le responsable de la mise en place de l'Agenda 22 lors d'un groupe de travail sur le handicap auquel s'était invité par surprise le directeur général de l'établissement : « il existe un grand écart entre la perception des salariés et la Direction » a-t-il confié lors de mon premier entretien. Ce jour-là le directeur général s'était retrouvé dans une situation délicate face à ses employés. Leur vision différente du handicap fut source de conflit.

1.2.2 Maintien dans l'emploi

Les données suivantes sont extraites du rapport de la cour des comptes et de l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) sur le mode de financement de l'insertion professionnelle des travailleurs handicapés « En 2016, 36 % des personnes reconnues handicapées sont en emploi contre 64 % dans l'ensemble de la population. Cela tient à un taux d'activité plus faible que sur le reste de la population (43 % contre 72 %) et un taux de chômage plus élevé : 18 % des personnes reconnues handicapées sont au chômage, contre 10 % de l'ensemble de la population. Selon une étude de la Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (Dares), elles ont trois fois moins de chances d'être en emploi et deux fois plus de chances d'être au chômage que les personnes non handicapées ayant les mêmes caractéristiques. Leurs périodes de chômage sont plus longues. La part des personnes handicapées en recherche d'emploi depuis au moins un an atteint 63 % (contre 45 % pour l'ensemble des chômeurs). Le taux de retour à l'emploi des travailleurs handicapés vaut 44 % de celui des autres demandeurs d'emploi »¹⁸.

Le rapport établit aussi que les discriminations (tous critères confondus : sexe, âge, origine...) sont plus importantes chez les personnes en situation de handicap. L'OETH est donc une réponse pertinente proportionnellement à la part des personnes reconnues en situation de handicap. Il s'agit bien ici d'être dans une démarche de discrimination positive.

Pourtant des freins à l'embauche de personnes en situation de handicap demeurent.

¹⁷ THUAUD PATRICE, janvier-février 2016, « Handicap, un nouveau modèle social », *La revue Hospitalière de France*, n° 568, pp16-17, p17.

¹⁸ AUVIGNE FRANÇOIS et al., décembre 2017, Rapport de la cour des comptes et de l'inspection générale des affaires sociales, *Le mode de financement de l'insertion professionnelle des travailleurs handicapés*, p 3.

Les employeurs expriment des difficultés de recrutement et d'intégration. Ils invoquent une prise de risque et craignent « *un parcours du combattant* »¹⁹ source d'angoisse bien plus importante que pour l'embauche d'un travailleur lambda majorée si le handicap est d'origine psychique.

Concernant la compensation du handicap et le maintien ou l'accès à l'emploi, et afin de garantir l'égalité de traitement des personnes en situation de handicap, deux aspects sont prévus par la loi :

- L'adaptation de l'environnement doit être rendue accessible,
- Les aménagements de postes dits « raisonnables » doivent permettre de combler les manques de la personne handicapée pour qu'elle puisse exercer ses missions correctement.

1.3 Problématique et méthodologie

Ce projet d'étude s'appuie sur la mission principale entreprise au cours du stage de professionnalisation : reprendre la rédaction de la convention FIPHFP déjà engagée par l'ancien directeur des ressources humaines. Ce dernier avait entamé la démarche courant 2014 pour une convention prévue sur la période 2015-2017 mais la signature n'avait pas abouti.

L'étude de terrain a consisté à comprendre qu'elles étaient les fonctions de chacun des acteurs concernant le recensement des personnels handicapés et comment s'opérait la déclaration au FIPPH. Pour réécrire cette convention un état des lieux de la politique handicap de l'établissement devait être établi. L'exploitation de données issues d'un audit sur le sujet, réalisé par un cabinet conseil entrepris dans le cadre de l'Agenda 22 (démarche de développement durable avec un axe handicap) dans lequel est engagé le CH de Niort s'avèrerait utile.

Entre autres documents, le cabinet INITIATIVE PREVENTION a fourni un rapport nommé « *AGENDA 22 Diagnostic : Accessibilité et prise en charge des patients en situation de handicap Insertion et Maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés dans le cadre de l'évaluation de l'agenda 21 & 22* »²⁰. Cette découverte fortuite suite à la rencontre d'un responsable des services techniques spécialiste de l'environnement dans le cadre du premier stage d'observation interpelle sur des dysfonctionnements.

¹⁹ Conseil scientifique du FIPHFP, février 2016, *L'inclusion socioprofessionnelle des personnes en situation de handicap psychique, mental et cognitif*, Lyon, Chronique sociale, p.117.

²⁰ MAUD BOCQUEL, 2015, Rapport : *AGENDA 22 Diagnostic : Accessibilité et prise en charge des patients en situation de handicap Insertion et Maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés dans le cadre de l'évaluation de l'agenda 21 & 22*, Initiatives prévention, Saint-Herblain, 69 p.

Pourquoi la Direction du personnel et des relations sociales (DPRS) n'a-t-elle pas exploité les données du cabinet conseil pour la convention FIPHFP ? Pourtant un état des lieux complet de la situation sur le handicap et sur les situations de reclassement avait été dressé sur l'établissement. Pourquoi n'avait-il pas été exploité par la DPRS ? Pourquoi les principaux acteurs de cette direction ne s'étaient-ils pas appuyés sur ce rapport d'étude complet sur la situation du handicap de l'établissement ? D'autant que ce travail était à reprendre et à compléter pour l'élaboration de la convention FIPHFP.

D'autres questionnements se sont imposés :

Pourquoi la rédaction de cette convention est-elle si longue ? Quelles en sont les avantages et les inconvénients ? Qu'est-ce que cette rédaction remet en question au sein de la DPRS ? Le rapport avantage/inconvénient de la mise en œuvre de cette convention est-il bénéfique au CH Niort ? Pourquoi la signature de la première convention n'avait-elle pas aboutie ?

Enfin un questionnement plus large paraît opportun : comment optimiser le processus de reclassements des agents ? Même si cette dernière question semble primordiale pour la gestion des ressources humaines de l'établissement, elle ne sera pas traitée dans le cadre de ce mémoire. Un mémoire d'une AAH, ALEXIA LABAT²¹aborde ce sujet.

Autant de questions auxquelles ce projet d'étude tente de répondre par différents moyens. Tout d'abord, en questionnant les personnes au sein de la DPRS, notamment l'AAH et la DRH et en faisant des allers-retours avec le terrain et les différents documents sources, la contextualisation du sujet semblait primordiale.

Ensuite, les diverses réunions. Il y a la Commission de maintien dans l'emploi, le comité de pilotage (COFIL) FIPHFP et les entretiens formels ou informels menés avec les principaux acteurs qui gravitent autour du problème du handicap : la directrice des ressources humaines (DRH), AAH, le responsable de l'Agenda 22, assistante sociale du personnel, préventeur des risques, DTH, responsable du service d'aide au maintien dans l'emploi des personnes handicapées (SAMETH), coordinatrice FIPHFP du groupement hospitalier de territoire (GHT) de Charente ont permis une meilleure compréhension de la situation.

Des recherches enrichies par un apport bibliographie sur le sujet, des analyses documentaires de différents rapports en lien avec ce projet ou tous autres documents variés ont bordé le cadre.

La bibliographie et les documents sur la politique du handicap et du maintien dans l'emploi s'avèrent très riches. La gestion au cas par cas de nombreuses situations de reclassement des agents apporte un éclairage sur l'organisation des ressources humaines et soulève des difficultés liées à l'absentéisme des acteurs.

²¹ LABAT ALEXIA, mémoire d'Attaché d'administration hospitalière, Promotion 2015, *Le reclassement des personnels hospitaliers : un enjeu crucial en matière d'optimisation des ressources humaines*. 59 p.

Les entretiens se sont basés sur une approche qualitative. Le sens et le positionnement que chaque acteur pouvait émettre sur le sujet a été rapporté.

L'intérêt professionnel de ce travail est multiple.

Il permet une mise en œuvre de la politique globale de l'établissement dans le champ du handicap et répond à l'obligation d'emploi réglementaire. De fait par le biais de la convention handicap, l'hôpital pourrait voir à moyen terme sa contribution diminuer voire disparaître grâce à l'atteinte des 6% d'embauche des travailleurs handicapés.

Des actions qui peuvent se décliner dans un plan pluriannuel à travers plusieurs thématiques sont à décliner par le biais de la convention FIPHFP comme nous le verrons tout au long de ce projet d'étude.

Des préconisations sont à élaborer en vue d'une mise en place de la politique handicap.

Faire évoluer les pratiques d'inclusions dans la gestion des ressources humaines reste un enjeu important. En termes d'affichage et d'attractivité, une politique de bienveillance et de culture du bien-être au travail est à encourager.

L'AAH, porteur du projet d'établissement est moteur auprès des différents partenaires.

2 SITUATION DU CH DE NIORT

Le CH de Niort a achevé son projet d'établissement 2018-2022. Il s'inscrit cette année dans un contexte budgétaire fragile.

En cohérence avec les valeurs portées par son projet social, la DPRS met en œuvre la politique handicap. Le plan d'actions décrit par la convention FIPHFP apportera de réelles avancées dans l'inclusion des travailleurs handicapés et la prise en compte des problématiques de handicap au sein de l'établissement.

2.1 État des lieux et définition de la politique du handicap

- ✓ Le CH de Niort est l'hôpital de recours pour les activités de soins de court, moyen et long séjour sur le département des Deux-Sèvres. Son attractivité s'exerce sur l'ensemble du département ainsi que sur le sud Vendée, distant d'une vingtaine de kilomètres.

Il s'attache à remplir les missions dévolues à un hôpital de recours : les soins et notamment le développement d'activités de référence pour le territoire de santé et l'enseignement des professionnels paramédicaux.

Le CH de Niort adapte son offre de soins en fonction des besoins de santé de la population.

Il dispose de 1 345 lits et places²² et comprend 10 pôles médicaux et médico-techniques, un pôle administratif, technique et logistique.

2 831 personnels non médicaux et 337 personnels médicaux y travaillent.

En 2017, les dépenses de l'établissement ont été en augmentation soutenue conformément à l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD). Mais la progression d'activités et de recettes a été inférieure à la prévision ; ce qui a engendré un déficit constaté d'environ 2,5 M€. Celui-ci s'élève à 1,2 M€ après compensation par le report excédentaire antérieur de 1,3 M€. Ainsi après deux années d'excédents en 2013 et 2014 puis deux années d'équilibre en 2015 et 2016 l'établissement est en déficit pour 2017.

La structure compte actuellement 127 salariés en situation de handicap²³. Son taux de travailleurs handicapés, au regard du FIPHFP a été le suivant :

	2015	2016	2017
Taux de travailleurs handicapés*	3,21%	3,24%	3,04%
Taux FIPHFP	5,15%	5,23%	5,23%

*Méthode de calcul :
$$\frac{\text{Agents (y compris CUI-CAE) ayant une reconnaissance handicapée ou percevant une pension pour invalidité présents au - 6 mois sur l'année de référence}}{\text{Effectifs physiques rémunérés depuis au - 6 mois au 1er janvier suivant l'année de référence}}$$
 } En pourcentage

Le Centre Hospitalier de Niort a un taux d'emploi direct²⁴ (4.85 % en 2017) inférieur à la moyenne de la fonction publique hospitalière (5,26% en 2017). Concernant son taux d'emploi légal²⁵ (5.23% en 2017), l'établissement s'approche de la moyenne nationale de la fonction publique hospitalière (5.55% en 2017) grâce aux dépenses déductibles et au recours à la sous-traitance.²⁶

²² Données issues du document *Les chiffres clés 2017 CH Niort*.

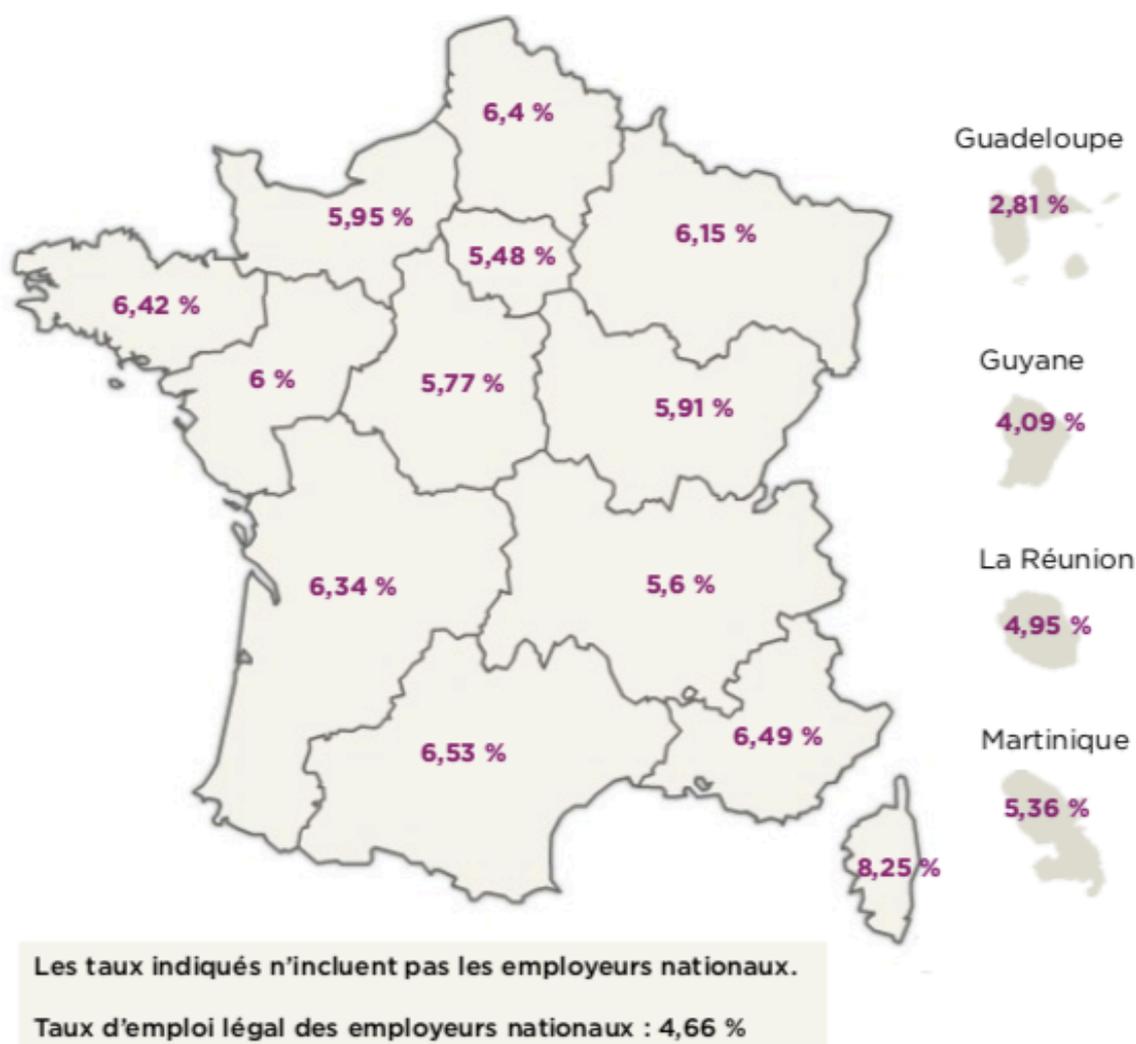
²³ Données du CH de Niort issues du *Bilan social 2017 CH Niort*.

²⁴ Le taux d'emploi direct est le rapport entre le nombre de bénéficiaires de l'obligation d'emploi et l'effectif total rémunéré.

²⁵ Le taux d'emploi légal prend en compte les travailleurs handicapés déclarés ainsi que les dépenses donnant lieu à dépenses déductibles.

²⁶ Données nationales issues de la Conférence de presse du 28 juin 2018. *Dossier de presse FIPHFP, Bilan et résultats 2017*. p 2.

Le schéma²⁷ suivant donne une idée des taux au niveau national.



En 2015, l'établissement a été contrôlé au titre de sa contribution déclarée pour l'année 2014 et a subi un redressement. Les redressements sont fréquents et il ressort du rapport de l'IGAS que le taux de non-conformité des déclarations est élevé : « Ainsi, l'échantillon des contrôles aléatoires présente un taux de non-conformité de 72,2 % en 2016. »²⁸

Le manque à gagner pour le FIPHFP s'élèverait entre 71 et 89 millions d'euros. La complexité de la déclaration et les charges de gestion engendrées expliquent en partie ce constat.

En cohérence avec la politique de l'établissement, la politique du handicap au CH de Niort s'inscrit dans le projet social et le projet d'établissement mais aussi à travers l'Agenda

²⁷ Données nationales issues de la Conférence de presse du 28 juin 2018. *Dossier de presse FIPHFP, Bilan et résultats 2017*. p 3.

²⁸ AUVIGNE FRANÇOIS et al., décembre 2017, Rapport de la cour des comptes et de l'inspection générale des affaires sociales, *Le mode de financement de l'insertion professionnelle des travailleurs handicapés*, p 16.

22²⁹. Deux prix ont récompensé le CH de Niort pour cette initiative : Hôpital expo 2012 pour la meilleure initiative environnementale : prix Awards développement durable et hôpital (Awards DDH) et le trophée développement durable en établissement de santé (trophée DD) en 2013.

L'axe 8 du projet social³⁰ en lien avec la qualité et l'amélioration des conditions de travail développe la politique handicap.

Les grands axes du projet sont principalement :

- faire connaître à l'ensemble du personnel la politique handicap de l'établissement,
- faire évoluer les perceptions du travailleur handicapé et des pratiques au sein des équipes professionnelles,
- favoriser et contribuer à l'intégration des personnes en situation de handicap dans le milieu professionnel,
- améliorer les conditions de travail des personnes en situation de handicap.

Pour mettre en œuvre cette politique, un dossier de conventionnement pluriannuel entre le FIPHFP et le CH de Niort sera déposé au premier semestre 2019. Il sera ensuite examiné par le comité local FIPHFP.

Les actions à conduire dans le cadre de ce projet social ont été définies comme suit ³¹:

- 1) faire un état des lieux des BOE sur l'établissement (Bilan social) – Établir un logigramme.
- 2) Prévention :
 - formation obligatoire des nouveaux arrivants.
 - recyclage de la formation « gestes et postures ».
 - communication sur le matériel d'aide à la manutention disponible dans le service et dans l'établissement.
- 3) état des lieux des postes susceptibles d'être proposés aux agents en situation d'inaptitude (temporaire et définitive) – Établir une Cartographie.
- 4) désignation d'un référent handicap.
- 5) conventionner avec le FIPHFP :
 - information et sensibilisation du personnel, du référent handicap, du préventeur et de la commission de maintien dans l'emploi.
 - bilan de compétence et formation pour le maintien dans l'emploi à destination des agents.

²⁹ L'AGENDA 22 met en œuvre les 22 principes définis par l'Assemblée générale des Nations unies en 1993, sur la base des travaux suédois, complétés en décembre 2006 par la Convention universelle sur les Droits des Personnes handicapées de l'ONU, visant à assurer l'égalité des chances des personnes en situation de handicap.

³⁰ Projet social 2018-2022 CH Niort.

³¹ Ibidem.

- l'aménagement et les adaptations des postes de travail, procéder à un recensement des besoins (cartographie des postes adaptés, etc...).
- amélioration des conditions de travail des personnes en situation de handicap. Rendre l'environnement et les postes de travail aussi facilitant que possible. (Ex : soutien dans l'achat d'appareils auditifs, études ergonomiques des postes de travail, etc.).
- amélioration des conditions de vie des personnes en situation de handicap (ex. participation à la mobilité, etc.).
- politique de communication (communiquer dans les services autour du handicap afin de le déstigmatiser ; communiquer auprès des personnes handicapées ; communiquer auprès des professionnels sur l'intégration dans une équipe d'une personne en situation d'inaptitude, etc.).
- favoriser l'emploi de personnes handicapées.

D'après l'AAH et l'assistante sociale de la DPRS, il existe une sous déclaration non négligeable des travailleurs reconnus handicapés auprès des ressources humaines. Ce constat a également été mis en lumière dans le cadre de l'Agenda 22. Les ateliers d'évaluation avec les agents ont permis de mettre en avant les représentations du handicap au sein du CH. Les agents se disent sensibilisés par les actions favorisant l'accueil et l'accessibilité des soins pour les patients mais souhaiteraient autant de volonté pour l'intégration et le maintien dans l'emploi des agents en situation de handicap au sein de l'établissement

Le diagnostic et l'évaluation de l'agenda 21 & 22 piloté par le cabinet conseil, ont permis de conduire une politique transversale, participative et pluriannuelle du développement durable et du handicap. Dans ce cadre, la prise en compte du handicap est globale, et est déjà bien avancée au CH de Niort.

Un recueil d'informations réalisé lors d'ateliers destinés aux agents et au cours d'entretiens avec les directeurs de service, a permis d'établir ce premier état des lieux. Une liste d'actions mises en place concernant la thématique du handicap a conduit à réfléchir à des axes d'amélioration et à dégager des axes à soutenir (construction de fiches actions).

La première rédaction de la convention FIPHFP avait débuté en 2015 par le directeur des ressources humaines mais n'avait pas abouti suite à son départ. D'après la DRH actuelle, un autre évènement a interrompu la rédaction de la convention. En effet, le DTH de l'époque s'est heurtée à l'opposition des syndicats. Ces derniers souhaitaient que l'on puisse prendre en compte les reclassements fonctionnels et pas seulement les reclassements statutaires pour le décompte des agents BOETH. Mais la réglementation en ce sens est claire.

L'article 71 de la Loi n° 86-33 du 9 janvier 1986³² portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière dispose que « Lorsque les fonctionnaires sont reconnus, par suite d'altération de leur état physique, inaptes à l'exercice de leurs fonctions, le poste de travail auquel ils sont affectés est adapté à leur état physique. Lorsque l'adaptation du poste de travail n'est pas possible, ces fonctionnaires peuvent être reclassés dans des emplois d'un autre corps, s'ils ont été déclarés en mesure de remplir les fonctions correspondantes. Le reclassement est subordonné à la présentation d'une demande par l'intéressé. ».

La version du 6 mars 2018 pour l'aide à la déclaration au FIPHFP précise le contenu dans les trois fonctions publiques : « D'un point de vue législatif, le reclassement (...) désigne le processus de changement d'emploi d'un fonctionnaire, motivé par une altération de son état de santé, conduisant à une modification de sa situation statutaire (changement de corps et de grade). La mise en œuvre d'une telle procédure est toujours subordonnée à l'avis du comité médical, dans un but de protection, à la demande de l'intéressé.

Toutefois, les principaux décrets pris pour l'application des dispositions législatives précitées et malgré leur titre commun « relatif au reclassement », règlementent tous, dans un article 1er les modalités d'affectation possible de l'agent inapte dans un autre emploi de son grade. »³³.

Or, en général les intéressés ne fournissent pas cette demande de reclassement car ils se retrouveraient dans une situation désavantageuse pour eux d'un point de vue pécuniaire.

Actuellement, en appui au projet, un COPIL handicap composé de représentants du personnel, et des acteurs travaillant sur la thématique du handicap (référénts handicap, cadres, etc.) a été constitué. Il permettra un suivi de la convention. Avant toute action le groupe de travail a été sensibilisé sur la prévention du Handicap (formation du 26/09/2017), afin que chaque personne puisse disposer d'un langage commun.

2.2 Les acteurs de la prise en charge des personnels handicapés

Au CH de Niort, plusieurs acteurs participent à la prise en charge des personnels handicapés. La DRH lors d'un entretien me fait part de son souhait d'instaurer un guichet unique mais tarde pourtant à afficher un organigramme.

³² Loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

³³ Site internet du FIPHFP : *Aide générale à la déclaration annuelle au FIPHFP*, version du 6 mars 2018.

- ✓ La DPRS se mobilise sur la politique handicap de l'établissement. Elle assure, en coopération étroite avec la direction des soins, l'accompagnement individuel des agents handicapés et, le cas échéant, leur réaffectation. Néanmoins, les deux postes de directeurs des soins (DS) du CH de Niort sont vacants jusqu'au mois de janvier 2019, suite à une mutation et un départ en retraite.

- ✓ Le service de santé au travail établit des recommandations sur des équipements adaptés et des affectations d'agents. Il peut aussi réaliser des études ergonomiques de postes de travail. Actuellement, le CH de Niort ne dispose plus de médecin du travail depuis fin mai. En raison de difficultés de recrutement, le service santé au travail est fermé. Le rôle du médecin du travail est pourtant primordial et incontournable dans les situations de maintien dans l'emploi puisque c'est lui qui identifie les agents nécessitant des restrictions d'aptitude ou inaptés.

- ✓ Le binôme référent handicap garantit la mise en œuvre du projet handicap de l'établissement. Deux agents de la DPRS ont été nommés référents avec pour mission d'informer, conseiller et orienter des salariés qui seraient en situation de handicap. Cet affichage formalise une situation déjà existante menée par l'assistante sociale du personnel et un adjoint administratif. Outre l'accompagnement individuel des personnels ayant des difficultés d'ordre social et financier, ces référents aident les agents porteurs de handicap à monter leur dossier de demande de financement auprès du FIPHFP pour des équipements ou adaptations de leurs postes de travail.

- ✓ Le préventeur des risques contribue à l'analyse des risques professionnels et des causes des accidents de travail et participe à la mise en œuvre d'une politique de santé et de sécurité au travail. Actuellement, le CH de Niort a formé l'ancien assistant social du personnel qui exerce cette mission à 20%. Il est prévu de former une personne supplémentaire à cette fonction.

- ✓ La commission de maintien dans l'emploi réunit les acteurs de la prise en charge des personnels porteurs de handicap. Cette commission est essentiellement chargée de rechercher des postes adaptés pour les agents ayant des restrictions d'aptitude, de concevoir l'accompagnement individuel de ces agents et d'organiser les aménagements nécessaires des postes. Elle est composée de la direction des soins, des référents handicap, de représentants de la DPRS (formation continue et retraite, DRH, AAH), du médecin du travail, de l'infirmier du travail, de la psychologue de santé au travail. Ce travail permet chaque année d'organiser des changements de service pour raison de santé.

Cependant, des difficultés conjoncturelles ralentissent voire mettent en péril l'aboutissement du projet. Le manque de médecin du travail et la fermeture du service de santé au travail ainsi que l'absence de directeurs des soins pendant plusieurs mois risquent de repousser les échéances du conventionnement et d'entraîner une démotivation des acteurs.

Ce constat atteste d'une situation à ce jour bloquée face à l'inclusion socioprofessionnelle des agents en situation de handicap.

2.3 Avantages et inconvénients de la convention pour le CH de Niort

- ✓ Pour le CH de Niort la contribution financière versée au FIPHFP n'est pas négligeable. En termes d'investissement pour l'avenir, faire le pari de financer un référent handicap entièrement dédié à cette mission serait profitable. En effet, le coût en ETP d'un poste d'assistant social pour assurer cette mission n'excède pas les 50 000 euros par ans. La pénalité de l'établissement est de 117 000 euros. Aussi, on peut supposer qu'avec toutes les actions mises en place grâce à la disponibilité du référent handicap, la contribution diminue fortement voire s'annule dans les années à venir puisque l'objectif est l'atteinte des 6 % d'embauche de BOETH. Ainsi, on peut considérer que l'investissement engagé sur le poste du référent handicap engendrerait des économies bienvenues.
- ✓ D'un point de vue financier, le pré financement des aides est l'atout principal. L'avance de trésorerie permet une flexibilité et une gestion plus souple des finances. Les acteurs peuvent agir plus vite et sur la durée. Cela nécessite une projection des effectifs mais aussi de l'évolution des BOETH et donc oblige à des plans d'action dans l'avenir qui structureront visiblement la politique engagée mais demande un travail d'expertise.
- ✓ L'écriture d'une telle convention nécessite un travail conséquent. Actuellement celle-ci comporte plus de 27 pages (composées de recueil de données, d'analyse, de présentation de la politique handicap et de proposition de fiches actions déclinées dans un plan triennal.) Ce travail peut être fait par une ressource interne à l'établissement ou confié à un cabinet. Le CH a choisi la ressource interne. L'étape de rédaction qui mobilise du temps et de l'argent à la gestion de cette mission pourra pleinement être estimée et intégrée au plan d'action de financement de la convention FIPHFP.

- ✓ Selon le rapport récent de la Cour des comptes et de IGAS sur le mode de financement de l'insertion professionnelle des travailleurs handicapés³⁴ et concernant les conventions FIPHFP : « Leur principal inconvénient réside dans la lourdeur du cadre administratif d'élaboration et de suivi de la convention. (...) le conventionnement avec les employeurs publics a permis d'impulser une stratégie d'insertion des travailleurs handicapés au démarrage de la politique. Cet outil pose désormais question par sa charge administrative, qui paraît élevée pour les employeurs alors que son suivi n'a pas d'impact sur les financements accordés, par l'hétérogénéité des montants accordés et par la faiblesse du suivi des aides accordées. »

Toujours selon ce même rapport, les non renouvellements de conventionnement sont nombreux, soit à l'initiative du FIPHFP ou de l'employeur. Depuis juin 2017 un plafonnement à 100 000 euros d'aide du FIPHFP est instauré si l'établissement ne conventionne pas. Un risque pour l'avenir serait de voir des conventions signées par simple intérêt financier.

3 LA STRATEGIE DE L'AAH POUR TENDRE AU CONVENTIONNEMENT

L'enjeu majeur est d'intégrer le handicap dans la gestion des ressources humaines et le management. L'importance de la bienveillance de l'entourage professionnel pour réussir l'inclusion est un levier de reconnaissance.

3.1 Comment faire évoluer les pratiques d'inclusion des travailleurs handicapés dans la gestion des ressources humaines ?

3.1.1 Actions et préconisations de l'AAH

- ✓ Dans un premier temps le rôle de l'AAH a été de mettre à jour le diagnostic établi à l'hôpital de Niort sur la situation du handicap dans la convention FIPHFP puisque le choix de ressources internes pour reprendre l'écriture de la convention a été fait. La mission durant ce stage a consisté à effectuer ce travail. Les données concernant les effectifs et statistiques issues d'une part du bilan social mais aussi des recensements des BOETH

³⁴ Rapport de la cour des comptes et de l'inspection générale des affaires sociales, *Le mode de financement de l'insertion professionnelle des travailleurs handicapés*, décembre 2017, p45.

ont été réactualisés. Ce travail de diagnostic devra être estimé en termes de temps et de coût. Son financement devra s'inscrire dans le plan d'action présenté au FIPHFP notamment dans le cadre des axes « Projet et politique handicap/ Gouvernance et organisation » présenté par la fiche action n°1(cf. **Annexe 1**).

D'autres données pertinentes ont été mises à jour, notamment au niveau de la médecine du travail, même si le recueil reste succinct étant donnée l'absence du médecin du travail. Celles-ci ont été effectuées pour les trois dernières années soit de 2015 à 2017. L'analyse de ces statistiques associées à l'état des lieux du cabinet d'audit constitue la partie diagnostic de la convention. Le manque de formalisation d'un guichet unique de recensement sur l'inaptitude complexifie le recueil de ces données.

Il est donc nécessaire de clarifier le rôle de chaque acteur de l'équipe handicap au sein de la DPRS et de disposer d'outils de suivi pratiques et simples d'utilisation. L'affichage de cette structuration soutenu par la DRH est primordial pour la réussite du projet.

- ✓ Après avoir effectué cette collecte de données et rédigé la partie narrative de la convention l'AAH s'appliquera à la rédaction des fiches actions pour les trois années à venir. Si ces dernières répondent à un formalisme précis, leurs définitions ne pourront réellement se faire qu'après la prochaine consultation du COPIL handicap. Celle-ci est prévue à la mi-novembre.

Cependant, il a été convenu au dernier COPIL de septembre que la DPRS soumettrait des propositions de fiches actions pour validation au sein du groupe.

Aussi le projet de ces fiches sera décliné selon les axes exigés par le FIPHFP :

- AXE Projet et politique handicap/ Gouvernance et organisation. **Fiche action N°1.**
- AXE Maintien dans l'emploi. **Fiche action N°2, Fiche action N°3.**
- AXE Accessibilité au poste de travail. **Fiche action N°4.**
- AXE Recrutement. **Fiche action N°5.**
- AXE Communication. **Fiche Action N°6.**

- ✓ Le volet budget associé aux fiches actions pour les trois prochaines années doit être établi en concertation avec plusieurs acteurs : la formation continue pour la prise en charge des bilans de compétence ou des formations en lien avec une reconversion mais aussi le binôme référent handicap. C'est un acteur central qui connaît les agents en situation de handicap ou en reclassement et peut estimer leurs besoins (exemple : prothèse, adaptation de poste, etc.).

L'AAH se chargera de centraliser ces données et pilotera la rédaction des fiches actions.

Le tableau prévisionnel des effectifs est un document essentiel pour le FIPHFP, il doit être complété par l'employeur au début de la démarche. Cette action doit permettre de se projeter et d'anticiper de futurs recrutements. L'augmentation des effectifs n'est pas exigée, il peut s'agir de remplacement de départs des acteurs actuels. Cette tâche est à faire en lien avec la DRH.

L'AAH organise aussi la planification des réunions COPIL handicap en invitant si nécessaire la DTH.

- ✓ La première réunion du groupe programmée début septembre pour présenter le projet de conventionnement au COPIL mais en particulier aux organisations syndicales a été capital pour la poursuite du projet.

En effet la présence de la DTH Nouvelle Aquitaine devait permettre d'apaiser d'anciennes tensions sous-jacentes. Repartir sur de nouvelles bases avec les organisations syndicales est une priorité et une nécessité dans la conduite de ce projet.

Outre la présentation des avantages de la convention, celle-ci s'est employée à prodiguer des conseils pour la réussite du conventionnement :

- Elle a insisté sur le fait que pour réussir la mise en œuvre de la convention et l'instauration d'une politique handicap, celle-ci doit être partagée et portée par tous.
- Une communication visible doit se mettre en place et valoriser les actions entreprises.
- Elle pointe la nécessité de recruter de nouveaux travailleurs handicapés du fait du vieillissement des BOETH de l'établissement. Elle invite l'établissement à se rapprocher de structure comme CAP EMPLOI par exemple. Pour elle, le contrat d'apprentissage est une bonne solution car presque entièrement financé par le FIPHFP. Elle cite l'exemple de l'IFSI de Montpellier.
- La DTH a aussi réussi à lever les craintes concernant le reclassement statutaire des agents. En effet même si ces derniers sont sur un reclassement fonctionnel, ils peuvent tout de même bénéficier des fonds du FIPHFP pour des aménagements de postes ou autres nécessités. Certes ils ne seront pas comptés dans les BOE mais ce sont deux aspects différents à prendre en compte.

Les échanges avec les membres du COPIL furent riches d'exemples de situations individuelles. Il ressort de cette réunion un sentiment positif et constructif sur le regard du handicap. Une dynamique semble impulsée.

La présence de la DTH a été bénéfique et constructive et le projet rédigé a pu être présenté et commenté.

D'autres réunions suivront jusqu'au conventionnement final.

- ✓ Dans un second temps après le conventionnement, l'AAH s'appliquera à mettre en œuvre les actions définies.

A court terme :

- formations spécifiques pour chaque acteur (former le Référent Handicap, le médecin du travail, le psychologue du travail, l'encadrement).
- communiquer sur la fonction de Référent Handicap et sur le conventionnement FIPHFP. (Organigramme à construire avec l'aval de la DRH).

Tout au long de la convention, l'AAH veille à la qualité de suivi des actions prédéfinies par la convention à l'aide d'un tableau d'indicateurs : vérification de la réalisation des bilans de compétence, aménagements des postes de travail, affichage de la communication, etc.

Ces actions vont permettre de structurer le circuit interne et l'organisation au sein de la DPRS et d'envoyer un message institutionnel fort en matière de handicap et de maintien dans l'emploi.

- ✓ A plus long terme, le recrutement de travailleurs handicapés en collaboration avec les structures environnantes comme par exemple l'Organisme de placement spécialisé (OPS) (anciennement SAMETH fusionné avec CAP EMPLOI) pourra se formaliser. Le contrat d'apprentissage mis en avant par la DTH au cours de la réunion du COPIL de septembre commence à s'envisager au sein de la DPRS. En effet, la DRH au début réfractaire à cette idée, a été convaincu des arguments de la DTH.

La SAMETH est une structure d'offre de service qui aide à trouver des solutions de maintien dans l'emploi.

Le lien avec ces partenaires locaux reste à construire même si une première rencontre avec la correspondante de la SAMETH a déjà eu lieu. Celle-ci est venue pour évaluer une adaptation de poste aux archives pour un agent et il est prévu qu'elle revienne pour un autre. Ces échanges et ce travail collaboratif avec les partenaires du handicap extérieurs au CH sont à pérenniser dans le temps.

Un entretien en sa compagnie apporte un éclairage sur des préconisations à entreprendre. D'après elle, la politique incitative à la déclaration RQTH des agents est fondé sur un effet « boule de neige ». En effet, d'après son expérience si la sous déclaration des agents est courante, c'est avant tout parce que les agents n'y trouvent pas leur intérêt. Comment les convaincre de faire les démarches pour obtenir une reconnaissance administrative et pourquoi la feraient-ils s'ils n'en tirent aucun avantage ? C'est une première expérience réussie (d'aménagement de poste de travail par exemple) avec une communication visible et valorisée du suivi et du maintien dans l'emploi des personnes qui incitera les autres agents porteurs de handicap à se faire connaître à l'employeur et à entamer les démarches administratives pour une reconnaissance RQTH. Ses propos rejoignent ainsi ceux de la DTH.

Ce constat ressort également du rapport d'audit de l'Agenda 22 ³⁵« Les adaptations et aménagements de postes de travail, pour répondre à des problématiques de handicap, ou plus largement de prévention et de santé, devraient faire l'objet d'une communication car pour les agents, il y a une méconnaissance voire inexistence de situations de reclassement réussies. »

La méconnaissance des critères de reconnaissance administrative du handicap, la crainte de la stigmatisation où d'être pénalisé dans l'évolution de la carrière en cas de déclaration du statut de travailleur handicapé sont des freins à prendre en considération.

Ce même constat est fait par tous les acteurs du COPIL.

- ✓ Lors d'ateliers réalisés dans le cadre de l'Agenda 22 sur « le bien être au CH pour les patients et les salariés », des agents reconnus travailleurs handicapés ont exprimé leurs problèmes d'intégration. Les témoignages font part des difficultés de compréhension de la part de l'encadrement ce qui ne facilite pas la détection en interne. L'impulsion d'une politique inclusive est donc essentielle et le rôle de l'AHH dans ce domaine sera primordial notamment en termes de communication.

La crainte des collègues de travailleurs handicapés sur le report de la charge de travail du fait d'une lenteur d'exécution ou de restrictions d'aptitudes a pu être verbalisée.

L'audit de l'Agenda 22 sur ce problème relatait les propos suivants : « De plus lorsqu'il y a un aménagement sans communication, le collectif de travail ne comprend pas cet « avantage » voire « complaisance » ce qui peut engendrer des situations conflictuelles. Ces aménagements de postes individuels peuvent également susciter des interrogations de la part des collègues exposés à des conditions de travail similaires, s'ils ne sont pas accompagnés par une explicitation des causes et des nécessités. » ³⁶

Une préconisation a été actée dans une fiche action issue de l'Agenda 22 intégrée dans l'axe stratégique « intégrer le handicap dans la GRH et le management ». (Cf. **Annexe 2**).

Ces freins et ces représentations négatives du handicap peuvent être utilisés dans un sens positif pour démontrer les avantages d'une reconnaissance administrative et répondre à la crainte des agents par une communication interne sur le handicap.

- ✓ Pour ne pas renouveler un dysfonctionnement qui a amené à poser la problématique de ce sujet de mémoire c'est-à-dire de ne pas exploiter à bon escient les résultats du rapport d'audit externe sur le handicap, le travail de l'AAH pourra se focaliser à promouvoir

³⁵ MAUD BOCQUEL, 2015, Rapport : **AGENDA 22 Diagnostic : Accessibilité et prise en charge des patients en situation de handicap Insertion et Maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés dans le cadre de l'évaluation de l'agenda 21 & 22**, Initiatives prévention, Saint-Herblain, p 24.

³⁶ Ibidem.

l'information transversalement au sein des différentes directions. Cette démarche est importante et ouvre sur une question plus large à l'hôpital : la communication entre les services, les différents acteurs, les filières de soins et les filières administrative. Ce problème de communication basé très certainement sur un système d'information décisionnels à optimiser doit être revu plus globalement par les directions fonctionnelles.

- ✓ Face à une situation financière tendue, un absentéisme important des effectifs de direction et en l'absence de médecine du travail, l'AAH s'appliquera à mener au mieux le projet.

Cependant, il doit se recentrer sur sa mission principale : structurer la politique handicap au sein de l'établissement en soutien à la DRH.

Même si à l'heure actuelle une communication a été réalisée concernant le binôme de référents handicap dans le journal du CH, il est important pour une bonne visibilité de poursuivre ce processus d'affichage et de communiquer à ce sujet afin de conforter ces acteurs dans leur rôle et de permettre aux agents de cibler les personnes ressources en interne.

De fait, le soutien et le management de ce binôme par l'AAH est majeur, d'autant plus que les missions des référents handicap sont nombreuses et chronophages.

L'accompagnement de ces derniers par l'AAH devra se pérenniser dans le temps.

Les référents handicap devront être particulièrement formés. Une fiche de poste avec des missions bien définies et adaptées au contexte local sera établie. Les liens hiérarchiques sont précisés. Les missions phares sont citées. Des exemples de fiche de poste détaillant le rôle du référent handicap peuvent se trouver sur le site de l'ANFH ou de la fédération hospitalière de France ³⁷(FHF) (Cf. **Annexe 3** : fiche du référent handicap).

- ✓ Actuellement au CH de NIORT une adjointe des cadres fait la déclaration FIPHFP et recense les BOE en fonction des données récupérées auprès de l'assistante sociale du personnel.

L'AAH préconise un guichet unique. Le référent handicap doit être le pivot en charge de l'administratif et du social. C'est lui qui connaît le mieux les agents et à ce titre il doit être seul à recenser les BOE et à effectuer la déclaration FIPHFP. Il peut consigner les données dans un tableau sécurisé qu'il pourra seul modifier mais qui doit être à disposition des acteurs du handicap (en lecture seule par exemple).

De nombreux modèles de tableaux de suivi déjà préétablis existent sur le site de l'ANFH ou de la FHF³⁸, mais aussi d'autres outils très utiles comme des fiches pratiques. Chacun

³⁷ <http://www.anfh.fr/> ; <https://www.fhf.fr/>

³⁸ Ibidem.

pourra ainsi disposer des mêmes informations centralisées et d'indicateurs de suivis simples d'utilisation pour tous.

Clarifier le rôle de chaque acteur de l'équipe handicap au sein d'un processus écrit et définir une procédure formalisée du circuit de maintien dans l'emploi doit permettre à la DPRS de structurer la gestion des dossiers.

- ✓ A moyen terme et en soutien au référent handicap, un recensement des postes aménageables doit être répertorié. Cette démarche indispensable donnera une visibilité des possibilités de l'établissement en termes de reclassement. Cette action envisagée en lien avec la médecine du travail et le préventeur des risques est primordiale dans la conduite de projet. L'AAH pourra organiser des rencontres entre les différents protagonistes et élaborer un rétroplanning pour acter les échéances. De plus, afin d'optimiser la commission de maintien dans l'emploi, le préventeur devra en faire partie intégrante.

Rappelons que dans toutes ces démarches le service de santé au travail doit être un appui dans l'accompagnement individuel des cas mais aussi dans celui du collectif de travail.

Aussi, il s'agit d'un défi pour un attaché. Pas seulement dans la rédaction de la convention mais aussi dans les managements d'équipe que cela implique. L'organisation des réunions avec le COPIL FIPHFP et le travail quotidien du maintien dans l'emploi sont chronophages et les tâches importantes.

L'élaboration et la mise en œuvre de ce projet de convention touche à plusieurs compétences de l'attaché : conduite de projet, évaluation, expertise. Sa participation régulière à la commission de maintien dans l'emploi est stratégique pour impulser les décisions qui vont en découler : bilan de compétences, financements des aménagements de postes, etc...et mettre en place le reclassement suite aux inaptitudes prononcées. Il joue un rôle clé et moteur dans la dynamique du pilotage de la politique handicap entreprise par l'établissement.

3.2 Limites de l'AAH et freins au conventionnement

Les limites de l'AAH dans ce contexte budgétaire contraint sont nombreuses.

A ce jour, en l'absence des deux DS, c'est la DRH qui prend le relais et cette situation risque de perdurer jusqu'en janvier 2019. La fermeture du service de santé au travail se ressent. Face aux situations croissantes de reclassement la commission de maintien dans l'emploi se réunit mais peine à trouver des solutions. Les avis d'inaptitude ou d'aménagement de poste de travail sont bloqués du fait de l'absence de médecin de

santé au travail. L'AHH vient en soutien pour pallier ces manques mais ne peut faire face à toutes ces situations. Il gère l'urgence plus que le quotidien et son environnement de travail s'en trouve perturbé. Un outil pour aider les personnels à orienter les agents vers les bons interlocuteurs a été élaboré et validé par le médecin inspecteur du travail, mais la situation n'est pas satisfaisante. Il s'agit d'un logigramme qui aide à la prise de décision dans l'orientation des agents.

Dans la situation du CH de Niort où le rôle de médecin du travail est central, si un recrutement ne s'opère pas rapidement les situations de reclassement stagnent davantage.

D'après la responsable de la SAMETH qui participe à des groupes de travaux nationaux sur le sujet, il semblerait que des réformes prochaines soient annoncées. Notamment concernant le rôle des médecins du travail mais aussi celui des comités médicaux difficiles à réunir. Le statut du fonctionnaire ne participe pas selon elle à faciliter le maintien dans l'emploi des agents publics contrairement au secteur privé. Les employeurs privés active largement d'une mesure nommée « invalidée de première catégorie » qui est selon elle plus en faveur des salariés que dans le secteur public.

Comme nous l'avons déjà abordé, le regard sur le handicap est complexe et personnel. Chaque individu se construit sa propre représentation selon son vécu et ses croyances.

Au final, comme l'a fait remarquer la psychologue de la médecine du travail au cours du COPIL : si pour les soignants les situations de handicap renvoient à une peur d'être évincée du milieu hospitalier, pour le personnel administratif aussi la situation peut être mal vécue. En effet, du fait qu'il est culturellement admis dans la FPH qu'un soignant peut systématiquement occuper un poste administratif pour une reconversion, la fonction administrative apparaît dévalorisée.

Si ce changement fonctionnel pouvait s'avérer possible autrefois, l'évolution des métiers ne le permet plus. Cette représentation toujours prégnante est difficile à vivre pour la filière administrative.

Œuvrer en amont des situations de reclassement devrait être entrepris dès que l'agent commence à fournir des arrêts de travail répétitifs pour mieux anticiper une reconversion. L'état actuel de la gestion des situations de reclassement bloque les situations des agents. « Or un reclassement réussi est avant tout un reclassement anticipé, travaillé et concerté ».³⁹ Pourtant aucunes mesures d'anticipation ne sont prévues alors que raccourcir les périodes d'éloignement de l'emploi faciliterait le processus de retour vers le travail.

³⁹KRYNEN BERNARD, YENI ISABELLE, FOURNALES RENAUD, Inspection Générale des Affaires Sociales, décembre 2011, *Évaluation du dispositif de reclassement des fonctionnaires déclarés inaptes à l'exercice de leurs fonctions pour des raisons de santé*, p 56.

Compte tenu de l'explosion des situations de reclassement ces dernières années, une des limites à la convention selon l'AAH de la DPRS tient au fait qu'avant de pouvoir recruter des personnes en situations de handicap il faut réussir à reclasser tous ses personnels et pour elle cela s'avère actuellement compliqué.

Une autre limite au conventionnement a été exprimé par la DRH au cours d'un entretien. Étant donnée la lourdeur administrative de la rédaction, les conventions ont du mal à aboutir. En effet dans son ancien établissement elle avait sollicité l'aide d'un cabinet expert pour l'élaboration de la convention. « Les hôpitaux ne savent pas faire », selon ses termes. Ce témoignage concorde avec l'analyse du rapport IGAS cité précédemment (cf paragraphe 2.3 dernière partie).

Un entretien téléphonique avec la coordinatrice FIPHFP d'Angoulême a permis de faire du benchmarking sur un autre établissement. Son analyse lors de cette conversation pointe la nécessité d'un guichet unique et d'un temps dédié à part entière au référent handicap. La situation du GHT de Charente n'est cependant pas la même puisque ce groupement comporte 8 structures. La référente handicap coordonne l'ensemble et est le guichet unique pour tous les besoins des agents même si au sein des établissements il existe aussi des référents handicap mais pas uniquement dédié à cette mission. Une volonté de construction territorial a été élaborée en ce sens.

Concernant le CH de Niort, il faut espérer que la mission du binôme référent handicap se fasse à part entière sur ce thème car à l'heure actuelle, l'assistante sociale du personnel qui fera partie du binôme occupe un temps de travail de 50 % et ne consacre pas tout son temps à cette mission puisqu'elle traite aussi des autres problèmes que peuvent avoir les agents. L'autre référente : adjoint des cadres occupe aussi ses missions sur d'autre activité.

La question du financement du FIPHFP reste entière.

La pérennité des fonds du FIPHFP est interrogée. Si l'on peut se réjouir de l'atteinte pour la FPT par exemple des 6% de taux de travailleurs handicapés, on ne peut que s'inquiéter du financement de ce dernier qui voit ses contributions diminuer face au rapprochement net de cet objectif ces dernières années. Une politique d'austérité au sein même du FIPHFP et une réserve d'argent a permis à ce dernier de perdurer mais un nouveau modèle économique de financement devra certainement être envisagé dans l'avenir par les gouvernements. L'AGEFIPH n'échappera pas lui non plus à ce recadrage budgétaire.

Une prise en charge par la solidarité nationale pourrait s'envisager.⁴⁰

Conclusion

Ces quarante dernières années ont été marquées par des transformations notables dans le champ du handicap. La société inclusive appelle à la citoyenneté. Même si elle présuppose la participation active des personnes handicapées à la vie en société (vie politique, économique et sociale), elle tente aussi de construire un environnement adapté à chacun pour garantir un égal accès à tous. Ce changement de paradigme s'est opéré sous la pression des associations laissant derrière lui une vision plus médicale et individuelle du handicap. Le modèle inclusif qui resitue l'utilisateur comme citoyen à part entière, acteur de son parcours au sein de la collectivité s'est développé tant dans le domaine de l'éducation que dans celui de l'emploi.

Cependant, dans le domaine du travail, la politique offensive des quotas peine à réaliser l'inclusion socioprofessionnelle des personnes en situation de handicap. Les décisions d'inaptitude restent nombreuses et souvent les agents abandonnent leur poste pour ce motif. Les situations les plus fréquentes de handicap au travail touchent des personnes dont les métiers peu valorisés et pénibles aggravent des limitations le plus souvent motrices acquises durant leur parcours professionnel. S'en suit la plupart du temps une décision d'inaptitude qui les éloigne définitivement de l'emploi. Certaines personnes arrivent à tenir jusqu'à la retraite en cumulant les arrêts de travail et congés longues durées. Cependant les agents bénéficiant du maintien dans l'emploi à proprement parler sont beaucoup moins nombreux.

L'élaboration d'une convention FIPHFP au CH de Niort pour 2019-2021 s'inscrit en cohérence avec le projet social de l'établissement mais pourrait aussi à moyen terme s'articuler dans une logique de territoire via le groupement hospitalier de territoire et la conception d'un projet partagé.

L'objectif, à travers l'impulsion de cette convention, est de consolider collectivement et durablement la capacité du centre hospitalier de Niort à être porteur de leviers d'intégration et d'inclusion à l'égard de l'ensemble de ses collaborateurs, en cohérence avec les valeurs portées par son projet social.

⁴⁰BEUREY THOMAS, 21 septembre 2017, « Handicap / Fonction publique - Dans l'attente d'une réforme de son financement, le FIPHFP se serre la ceinture », *Localtis*, consulté le 09 septembre 2018, disponible sur internet : <https://www.caissedesdepotsdesterritoires.fr/cs/ContentServer?pagename=Territoires/Articles/Articles&cid=1250279752785>

Les enjeux de cette convention seront avant tout de structurer le circuit interne et l'organisation au sein de la DPRS. Mais aussi, comme conclut le rapport d'audit de l'Agenda 22 mis en place au sein de l'établissement, plusieurs objectifs sont recherchés :

- « Intégrer le handicap dans les pratiques de gestion des ressources humaines et de management
- Gérer la santé au travail dans une logique préventive
- Coordonner le processus de maintien dans l'emploi
- Sensibiliser et former les acteurs
- Communiquer »⁴¹

L'AAH acteur central de la DPRS joue un rôle pivot dans la conduite de ce projet. Ses compétences en matière de management, d'expertise, de diffusion d'outils, d'évaluation et de relais de la politique du handicap de l'établissement seront éprouvées. Il pourra à travers la mise en œuvre et le suivi de la convention FIPHFP exprimer son savoir-faire et savoir être dans divers domaines.

Dans les conditions actuelles au CH de Niort, les missions de l'AAH ne pourront être réalisées que par une consolidation de la présence des personnels impliqués dans la politique handicap. Chaque acteur doit pouvoir mener à bien ses missions quotidiennes et ne pas travailler sur ces questions dans l'urgence. L'arrivée prochaine d'un médecin du travail devrait apporter un climat plus serein à la réalisation et mise en œuvre de la convention FFIPH mais il faudra attendre le mois de janvier avec l'affectation d'un ou deux DS pour mener au bout cette mission et la pérenniser dans le temps.

Pour lever les freins, des actions de sensibilisation devront être menées. Une telle démarche engage tout le collectif. La reconnaissance « RQTH » doit guider la politique de maintien dans l'emploi. Celle-ci est nécessaire pour engager des financements en vue d'aménager des postes de travail ou autres actions pouvant venir en aide aux travailleurs handicapés. Le défi de l'atteinte des 6% de personnels handicapés employés est possible. On peut citer l'exemple de la ville de Bordeaux⁴² qui en appliquant cette politique est passée en dix ans d'un taux de 3,7% à 8,3% dépassant largement le quota d'obligation d'emploi.

Mais on ne peut dissocier la mise en accessibilité de l'environnement de l'accès et du maintien dans l'emploi et c'est pourquoi l'aménagement du poste de travail en télétravail offre peut-être une solution à envisager.

Plus largement si les conventions avec le FIPHFP ont permis aux établissements d'impulser une politique d'inclusion envers les travailleurs handicapés celles-ci ont des

⁴¹ MAUD BOCQUEL, 2015, Rapport : **AGENDA 22 Diagnostic : Accessibilité et prise en charge des patients en situation de handicap Insertion et Maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés dans le cadre de l'évaluation de l'agenda 21 & 22**, Initiatives prévention, Saint-Herblain, p 52.

⁴² FRICOTTÉ LYSIANE, juin 2018, *Droit des personnes handicapées*, édition 2018, Collection Nérét Isi-Print-France, p155.

limites. En particulier face à la lourdeur administrative qu'elles engendrent pour les directions.

L'obligation d'emploi a indéniablement augmenté au cours de ces dernières années prenant 1,3 point entre 2009 et 2015 dans le secteur public.⁴³ Ceci est en partie due au système incitatif pour les employeurs mais aussi contraignant. Le financement du FIPHFP risque à plus ou moins long terme de se réduire si le taux de recettes continue à diminuer victime de fait de son succès. Le chantier pour pérenniser le FIPHFP reste à élaborer par les pouvoirs publics.

Même si la proposition n°14 du rapport⁴⁴ préconise de préparer la fin progressive du conventionnement avec les employeurs dans le secteur public, la mise en œuvre de cette dernière au CH de Niort aura le mérite de fédérer tous les acteurs du handicap autour d'un projet commun.

⁴³ AUVIGNE FRANÇOIS et al., décembre 2017, Rapport de la cour des comptes et de l'inspection générale des affaires sociales, *Le mode de financement de l'insertion professionnelle des travailleurs handicapés*, p 1.

⁴⁴ Ibidem, p45.

Bibliographie

TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES

- Loi n° 87-517 du 10 juillet 1987 en faveur de l'emploi des travailleurs handicapés.
- Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.
- Directive 2000/78/CE du Conseil du 27 novembre 2000 portant création d'un cadre général en faveur de l'égalité de traitement en matière d'emploi et de travail.
- Loi n° 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées.
- Décret n° 2006-501 du 3 mai 2006 relatif au fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique.
- Loi n° 57-1223 du 23 novembre sur le reclassement professionnel.

OUVRAGES

- VILLE ISABELLE, FILLION EMMANUELLE, RAVAUD JEAN-FRANÇOIS, avril 2014 *Introduction à la sociologie du handicap*, 1^{ère} édition. Louvain-la-Neuve, De Boeck, 255 p.
- MICHEL BORGETTO, ROBERT LAFORE, octobre 2015, *Droit de l'aide et de l'action sociales*, 9^{ème} édition, Issy-les-Moulineaux, Lextenso éditions, 778p.
- Conseil scientifique du FIPHFP, février 2016, *L'inclusion socioprofessionnelle des personnes en situation de handicap psychique, mental et cognitif*, Lyon, Chronique sociale, 128 p.
- FRICOTTÉ LYSIANE, juin 2018, *Droit des personnes handicapées*, édition 2018, Collection Néret, Isi-Print-France, 363 p.

ARTICLES (DE PERIODIQUES)

- BRIGITTE BOUQUET et al., « Introduction », *Vie sociale* 2015/3 (n° 11), p. 7-11. [Visité le 18 juillet 2018] Disponible en ligne : <https://www.cairn.info/revue-vie-sociale-2015-3-page-7.htm>.
- THUAUD PATRICE, janvier-février 2016, « Handicap, un nouveau modèle social », *La revue Hospitalière de France*, n° 568, pp16-17.
- FANNY JAFFRES et MARIE-RENEE GUEVEL, « L'emploi des personnes handicapées dans la fonction publique », *Travail et Emploi* [En ligne], 152 | octobre-décembre 2017, [visité le 18 juillet 2018], URL : <http://journals.openedition.org/travailemloi/7759>.
- BEUREY THOMAS, 21 septembre 2017, « Handicap / Fonction publique - Dans l'attente d'une réforme de son financement, le FIPHFP se serre la ceinture », *Localtis*, consulté le 09 septembre 2018, disponible sur internet : <https://www.caissedesdepotsdesterritoires.fr/cs/ContentServer?pagename=Territoires/Articles/Articles&cid=1250279752785>

RAPPORTS

- AUVIGNE FRANÇOIS et al., décembre 2017, Rapport de la cour des comptes et de l'inspection générale des affaires sociales, *Le mode de financement de l'insertion professionnelle des travailleurs handicapés*, 413p.
- CHRISTEL PRADO, juin 2014, Avis du Conseil économique, social et environnemental, *Mieux accompagner et inclure les personnes en situation de handicap*, 114 p.
- KRYNEN BERNARD, YENI ISABELLE, FOURNALES RENAUD, Inspection Générale des Affaires Sociales, décembre 2011, *Évaluation du dispositif de reclassement des fonctionnaires déclarés inaptés à l'exercice de leurs fonctions pour des raisons de santé*, 106 p.

THESES ET MEMOIRES

- LABAT ALEXIA, mémoire d'Attaché d'administration hospitalière, Promotion EHESP 2015, *Le reclassement des personnels hospitaliers : un enjeu crucial en matière d'optimisation des ressources humaines*. 59 p.
- MIP du groupe 7, EHESP 2015 « *Handicap et emploi dans la fonction publique dans un contexte budgétaire contraint* ».

DOCUMENTS INTERNE CH NIORT

- Projet social 2018-2022.
- Bilan social 2017.
- Chiffres clés 2017.
- MAUD BOCQUEL, 2015, Rapport : **AGENDA 22** *Diagnostic : Accessibilité et prise en charge des patients en situation de handicap Insertion et Maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés dans le cadre de l'évaluation de l'agenda 21 & 22*, Initiatives prévention, Saint-Herblain, 69 p.

SITES INTERNET

www.cairn.info

www.fiphfp.fr

www.legifrance.gouv.fr

www.anfh.fr

AUTRES

- Conférence de presse 28 juin 2018. *Dossier de presse FIPHFP, Bilan et résultats 2017*.
- MICHEL CHAUVIERE, Intervention aux États Régionaux de l'inclusion du 2 novembre 2012, Dijon, *Intégration, insertion, inclusion... évolution ou révolution ?* 7p.

Liste des annexes

Annexe 1 : Projet de Fiche action N°1 - AXE Projet et politique handicap / Gouvernance et organisation pour la convention FIPHFP de Niort.

Annexe 2 : Fiche action n°44 issue de l'Agenda 22 intitulée : « Intégrer le handicap dans la gestion de carrière ».

Annexe 3 : Fiche référent handicap issue de la FHF.

Annexe 1



4 Fiche action N°1 - AXE Projet et politique handicap/ Gouvernance et organisation

Intitulé de l'action	Définir un politique handicap, informer et sensibiliser le personnel, former le référent handicap et la cellule médico-sociale sur le handicap ou la restriction d'aptitude au travail.
Éléments de contexte	<p>Le Centre Hospitalier de Niort a un taux d'emploi légal de 5,23%, (la moyenne nationale FPH pour 2016 est de 5,55 %), le taux cible étant de 6%.</p> <p>Lors de la phase Diagnostic de l'agenda 22 il ressort que les agents n'ont pas de repères en ce qui concerne la politique handicap au sein de l'établissement, ils ne savent pas à qui s'adresser sur les questions de handicap au travail. A contrario ils ont connaissance des efforts réalisés par l'établissement pour les patients et usagers en situation de handicap.</p> <p>Dans le cadre du projet social de l'établissement et pour donner suite au diagnostic interne réalisé lors de la préparation de ce conventionnement, l'établissement souhaite afficher sa politique handicap et sensibiliser son personnel l'encadrement sur le handicap ou la restriction d'aptitude au travail par le biais de formation.</p>
Objectifs visés	<ul style="list-style-type: none">○ Donner une visibilité et une lisibilité globale à l'engagement du CH en matière de handicap.○ Clarifier le rôle de chaque acteur de l'équipe handicap au sein de la DPRS.○ Disposer d'outils de suivi pratiques et simples d'utilisation.○ Communiquer sur la fonction de Référent Handicap et sur le conventionnement FIPHFP.○ Former le Référent Handicap○ Former le Médecin du travail○ Former l'assistante sociale du personnel○ Former le psychologue du travail○ Former l'encadrement.

Nature de l'action	<ul style="list-style-type: none"> • Identifier une équipe handicap et un référent pour les agents. Définir leur rôle et missions. Les faire connaître. • Création ou amélioration d'un outil de suivi répertoriant les items de la déclaration et les critères de leviers d'actions d'une politique handicap. • Identification et communication sur des actions concrètes concernant le handicap intégré dans le projet social d'établissement. • Élaboration et mise en œuvre de la convention FIPHFP. • Formations spécifiques pour chaque acteur.
---------------------------	--

Nombre de personnes bénéficiaires		
Nombre total	Dont personnes handicapées	
<p>Potentiellement le personnel du Centre Hospitalier pour la convention FIPHFP.</p> <p>Environ X agents pour la formation de la cellule médico-sociale sur le handicap +Y agents pour l'encadrement.</p>	<p>Dont l'effectif BOE et en restriction d'aptitude.</p> <p>Soit 127 agents.</p>	
Calendrier de mise en œuvre		
Année 2019	Année 2020	Année 2021
<p>Appui à la définition du projet</p> <p>Suivi de la mise en œuvre du projet</p>	<p>Suivi de la mise en œuvre du projet</p> <p>Formation Référent handicap</p> <p>Formation Assistante sociale du personnel</p> <p>Formation de sensibilisation de l'encadrement</p>	<p>Suivi de la mise en œuvre du projet</p> <p>Évaluation de la convention</p> <p>Formation Médecin du travail</p> <p>Formation Psychologue du travail</p> <p>Formation de sensibilisation de l'encadrement</p>

Budget prévisionnel				
Période	Année 2019	Année 2020	Année 2021	Total
Montant total				
Montant pris en charge par l'employeur				
Montant demandé au FIPHFP				

Modalités de calcul du financement demandé au FIPHFP	<p><u>Financement concernant la convention FIPHFP :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Elaboration de la convention : 10 personnes x 6 demi-journées = 30 jours + 12,5 jours DPRS ○ Suivi de la convention : 12 personnes x 4 demi-journées = 24 jours + 12,5 jours DPRS (coût jour 200€) ○ Appui à la conception et à l'évaluation du projet : 2 x 15 jours <p><u>Financement concernant la formation :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Coût de formation 2020 : <ul style="list-style-type: none"> - Formation sensibilisation pour 7 agents *x€ = x€. - pour le référent handicap x€ (frais de formation + frais déplacement) - pour l'assistante sociale du personnel x€ (frais formation + frais de déplacement). - Formation sensibilisation pour x agents*x€ = x€. ○ Coût de formation 2021 : <ul style="list-style-type: none"> - pour le médecin du travail x€ (frais formation + frais de déplacement) - Pour le psychologue du travail x€ de frais de formation + frais de déplacement. - Formation sensibilisation pour x agents*x€ = x€.
---	--

<p>Modalités de suivi et critères d'évaluation</p>	<p>Analyse des éléments suivants par le Comité de suivi mis en place lors de l'élaboration de la convention FIPHFP :</p> <ul style="list-style-type: none">• Diffusion d'un organigramme de fonctionnement autour du référent handicap.• Amélioration du tableau de bord de suivi des BOETH et création d'indicateurs de suivi.• Evolution du taux d'emploi.• Nombres d'actions de formations.• Attestation de formation.
---	---

Annexe 2

N° Fiche	44
Objectifs	4 / CONSOLIDER LE BIEN ÊTRE DES AGENTS ET LA COHESION INTERNE
Axe stratégique/Projet :	P.4.E - Intégrer le handicap dans la GRH et le management
Intitulé/ Action :	Intégrer le handicap dans la gestion de carrière
Briques concernées :	31- Management interne 25- Maintien dans l'emploi
D'où part-on ?	<p>Le reclassement d'agents en situation d'inaptitude et/ou d'handicap fait l'objet d'un travail important, qui demande beaucoup d'énergie afin de trouver des modalités de reclassement sur de vrais postes, intéressants, et accompagné d'un travail psychologique avec les équipes et l'encadrement pour la réintégration des personnes reclassées dans les équipes. L'hôpital finance des formations de reconversion, parfois longues et diplômantes.</p> <p>Les adaptations et aménagements de postes de travail, pour répondre à des problématiques de handicap, ou plus largement de prévention et de santé, devraient faire l'objet d'une communication car pour les agents, il y a une méconnaissance voire inexistence de situations de reclassement réussies.</p> <p>Lorsqu'il y a aménagement sans communication, le collectif de travail ne comprend pas cet « avantage » voire « complaisance » ce qui peut engendrer des situations conflictuelles. Ces aménagements de postes individuels peuvent également susciter des interrogations de la part des collègues exposés à des conditions de travail similaires, s'ils ne sont pas accompagnés par une explicitation des causes et des nécessités.</p> <p>Les groupes de travail ont montré deux attitudes très différentes, selon les participants : certains agents espèrent que le diagnostic et l'évaluation vont faire évoluer ce point par des actions concrètes et communiquées. Ils en font une priorité.</p> <p>D'autres n'ont pas conscience des difficultés des agents concernés (deuil de l'emploi, accompagnement, compatibilité postes et état de santé ...). Ils ne perçoivent que la difficulté d'intégration de l'agent reclassé sur un nouveau poste difficilement compatible avec ses restrictions d'aptitude. Ils estiment que le service DPRS et le bureau de formation sont selon eux inactifs sur ce sujet (pas formés au handicap, pas d'accompagnement sur le reclassement).</p>



Objectifs de l'action :	Permettre aux agents de bénéficier des mêmes chances d'évolution professionnelle compte tenu de leur situation de santé Anticiper une répartition homogène des BOETH avec les évolutions stratégiques de l'établissement Identifier les besoins en formation des BOETH et définir des critères spécifiques
--------------------------------	--

Résultats attendus :	
-----------------------------	--

Service pilote :	DPRS
-------------------------	------

Conditions de réussite :	Médecin de prévention
---------------------------------	-----------------------

Critères d'évaluation :	Nombre d'aménagements de postes réalisés en spécifiant le type d'aménagements (technique, organisationnel, multiples ...) Nombre de dossiers traités en commission maintien dans l'emploi Nombre d'agents maintenus en emploi (risquant l'inaptitude) Montants dépensés pour les aménagements de poste par le CH et par le FIPHFP
--------------------------------	--

Actions concrètes à mettre en œuvre :

Intitulé opération	Description	Service responsable	Acteur(s) à mobiliser	Coût estimé	Echéance
Définir une Politique de Reclassement	Mettre en place un plan d'action consistant à connaître les postes pouvant être proposés aux agents en situation de reclassement et/ou d'inaptitude (temporaire ou définitive)	DPRS/DSI	Encadrement/référent handicap		
Créer une cellule maintien dans l'emploi	Définition de la cellule maintien : membres, organisation, objectif, rôle, fonctionnement pour traiter des dossiers individuels des agents en situation de handicap au travail ou en restrictions d'aptitude. Etre dans l'anticipation pour éviter l'inaptitude	DPRS	Médecin de prévention Equipe Handicap Encadrants		

Intitulé opération	Description	Service responsable	Acteur(s) à mobiliser	Coût estimé	Echéance
Définir un process maintien dans l'emploi et communiquer sur son existence et son utilité auprès des agents	Réflexion et rédaction sur les différentes étapes d'un process maintien dans l'emploi avec les acteurs, documents et outils utiles et mobilisables Informer les encadrants sur ce process et donner du sens aux agents (communication)	DPRS	Equipe Handicap Service Communication		
Proposer des formations adaptées aux TH pour leur évolution de carrière	Dans le plan de formation, prévoir un axe stratégique sur les besoins en formation des agents reconnus TH, se rapprocher du FIPHFP et de l'ANFH pour les aides mobilisables dans le cadre de formations (relevant du handicap)	DPRS	ANFH FIPHFP		

Le référent handicap

Personne ressource dans la mise en œuvre, la coordination et le suivi de la politique handicap, le référent handicap accompagne les agents en situation de handicap

QUELLES SONT LES MISSIONS CLÉS DU RÉFÉRENT HANDICAP ?

Les missions du référent handicap doivent être décrites dans une fiche de poste adaptée au contexte et aux besoins locaux, qui précise notamment ses liens fonctionnels avec la DRH et les autres acteurs de la santé au travail (service de santé au travail, service social du personnel, ergonomes, psychologue...). Quelques missions phares du référent handicap peuvent être citées à titre d'exemple :

- ☑ **Coordonner et suivre le projet** de manière opérationnelle en le déclinant au travers d'un plan d'actions, en mettant en place des indicateurs de suivi (tableaux de bords, fiches individuelles de suivi...), en réalisant des bilans annuels, en suivant la convention avec le FIPHFP...
- ☑ **Animer la dynamique pluri-disciplinaire interne et externe** : mobiliser les acteurs internes, développer des partenariats avec les acteurs externes (cf. cartographie) et travailler en réseau.
- ☑ **Assurer le lien** avec la direction, le comité de pilotage, la commission pluridisciplinaire de maintien dans l'emploi, les instances représentatives du personnel.
- ☑ **Suivre administrativement** les BOE, réaliser la déclaration annuelle, être l'interlocuteur du FIPHFP, constituer des dossiers de financement...
- ☑ **Assurer ou aider à la mise en place d'actions de formation, de communication et de sensibilisation** auprès des personnels (Semaine pour l'Emploi des Personnes Handicapées, brochures, événements...).
- ☑ **Informé sur les aides du FIPHFP** pour qu'elles soient plus connues et mieux utilisées, constituer et suivre les demandes d'aide.
- ☑ **Assurer l'accompagnement personnalisé et le suivi individuel** d'agents en situation de handicap ou de restriction d'aptitude à la demande de l'établissement. Rechercher, avec les personnes ressources et l'agent des solutions de compensation adaptée et raisonnable et s'assurer de leur bonne mise en œuvre.
- ☑ **Apporter une expertise interne** sur la thématique de l'emploi des personnes en situation de handicap.



Formations diplômantes spécifiques

- ◆ Master 2 « Situation de handicap et participation sociale », Université de Rennes 1, Université de Rennes 2 et EHESP.
- ◆ Master « Handicap et autonomie », Université Claude Bernard Lyon 1.
- ◆ Master 2 « Situation de handicap et éducation inclusive », Université Lumière Lyon 2.
- ◆ DIU « Référent handicap secteur privé, secteur public », Université Paris Est Marne-la-Vallée.

Il existe également de nombreuses formations non-diplômantes proposées par l'ANFH.



Le saviez-vous ?

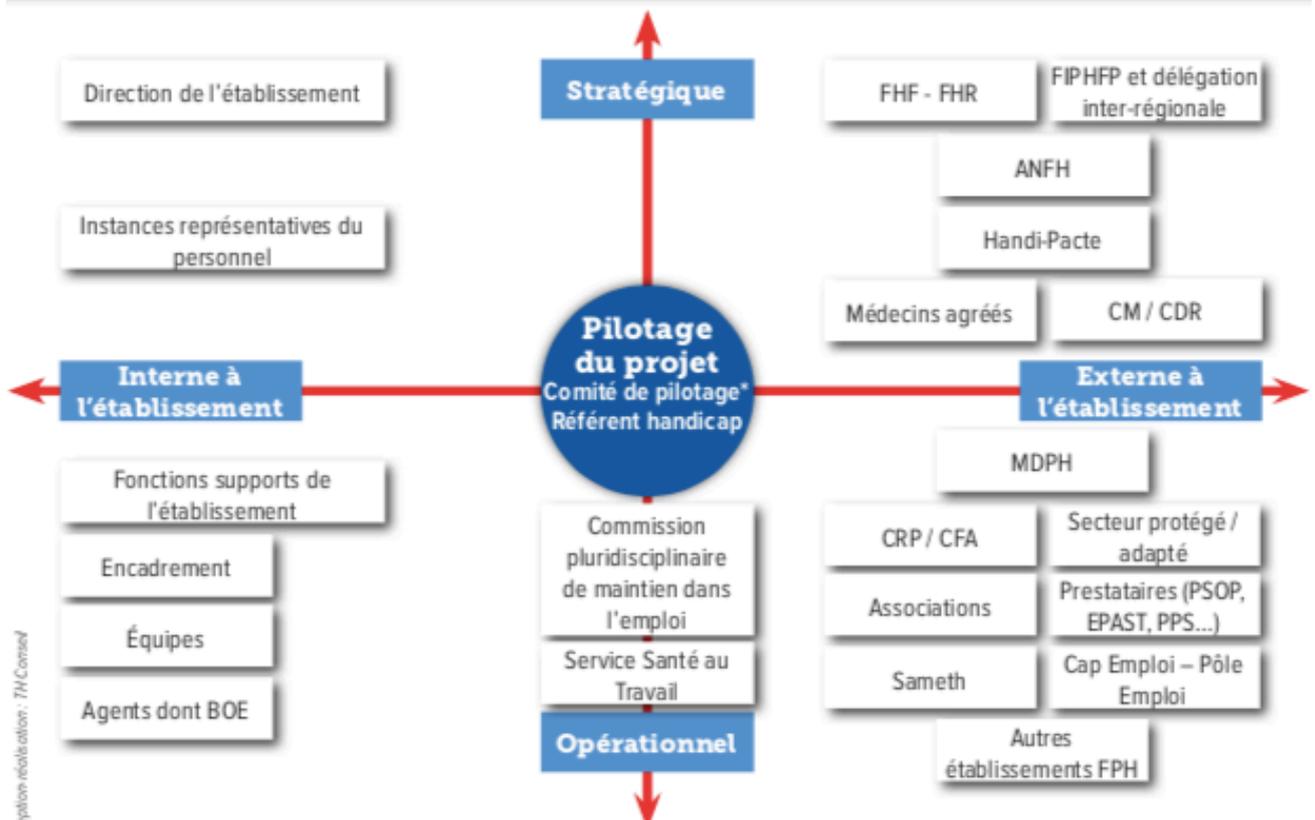
POINTS FORTS

- + Le référent handicap est un interlocuteur unique qui rend la coordination et le pilotage du projet plus simple et opérationnel.
- + Il permet d'accroître la visibilité du projet au sein de l'établissement et en dehors, auprès des partenaires.
- + Ses compétences peuvent être mutualisées dans le cadre d'un regroupement, par exemple en GHT. Un référent peut ainsi être en charge de la politique handicap de plusieurs établissements, et donc optimiser le projet de manière qualitative.

POINTS D'ATTENTION

- ⚠ Le référent handicap doit être soutenu par le comité de pilotage et, plus largement, par la direction de l'établissement afin que ses actions aient une véritable portée.
- ⚠ Afin d'entrer dans une logique de gestion de projet, il faut qu'un temps déterminé, en ETP, soit attribué à sa mission.
- ⚠ Il est pertinent que le référent handicap reçoive une formation spécifique pour mener à bien sa mission.
- ⚠ Le pilotage de la politique handicap et notamment la rémunération du référent handicap ne sont pas pris en charge par les aides du FIPHFP.
- ⚠ Concernant l'accompagnement individuel des agents, le contour des missions du référent handicap doit être précisément cadré et complémentaire au regard des compétences des autres acteurs internes.

CARTOGRAPHIE DES ACTEURS



Conception-réalisation : TH/Comsol

*Le Copil peut comprendre par exemple : référent handicap, DRH, médecin du travail, représentant CHSCT...

Attaché d'administration hospitalière

Promotion 2018

Mise en œuvre d'une convention avec le FIPHFP au CH de Niort : intérêts et limites de la démarche**Résumé :**

L'obligation d'emploi a été redéfini par la loi en 2005. Elle prévoit une sanction financière pour les entreprises de plus de vingt personnes qui emploient moins de 6 % de travailleurs handicapés.

Une convention pluriannuelle entre le fonds d'insertion pour les personnes handicapées dans la fonction publique (FIPHFP) et l'employeur peut être signée. Elle engage les établissements à soutenir une politique volontariste en matière d'insertion et de maintien dans l'emploi en contrepartie d'un préfinancement par le FIPHFP.

Ce projet d'étude permet de cibler deux enjeux majeurs : structurer la politique handicap et permettre l'inclusion socioprofessionnelle des personnes en situation de handicap.

Le manager doit jouer un rôle essentiel dans l'évolution des pratiques d'inclusion et de gestion des ressources humaines au sein de l'hôpital.

Une analyse et un dépassement des représentations sur le handicap est nécessaire pour lever les a priori à la démarche de reconnaissance RQTH.

Mots clés :

Obligation d'emploi - Politique handicap - Inclusion socioprofessionnelle - Travailleur handicapé - convention FIPHFP - représentation du handicap - gestion des ressources humaines - reconnaissance RQTH

L'École des Hautes Études 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.