
Directeur des Soins

Promotion : **2019 – Thomas Pesquet**

Date du Jury : **Décembre 2019**

**La prévention de la désinsertion
professionnelle :
Un défi à relever
pour le Directeur des Soins
en collaboration avec
le Directeur des Ressources Humaines**

Nadine PHAN

Remerciements

A toutes les personnes que j'ai pu rencontrer durant mon parcours professionnel et qui m'ont permis de me construire,

A Maria Devaud et Alain Bentounsi qui m'ont accompagné dans mon projet,

Aux personnes interviewées pour le temps consacré à l'enquête, leur confiance, leur disponibilité et, qui sans elles, le mémoire n'aurait pas eu lieu,

Aux maîtres de stage pour les échanges constructifs,

A Mireille Ravaux, amie et collègue, pour sa bienveillance, avec qui j'ai partagé des moments forts durant cette année,

A mes collègues de promotion pour les temps de partage,

A mon mari qui, sans son soutien, mon projet n'aurait pu se réaliser.

Sommaire

Introduction	1
1 De la politique de la prévention des inaptitudes à la prévention de la désinsertion professionnelle	7
1.1 L'inaptitude : un enjeu majeur de santé publique	7
1.1.1 L'absentéisme dans la fonction publique hospitalière	7
1.1.2 Une obligation pour les établissements de santé de mettre en place une politique de prévention des risques professionnels intégrée dans la politique de prévention des inaptitudes.....	8
1.1.3 De la prévention de l'inaptitude à la gestion de l'inaptitude	9
1.1.4 L'inaptitude et les représentations de la maladie	11
1.1.5 La politique de la gestion des inaptitudes dans les ES	12
1.2 La prévention de la désinsertion professionnelle : une politique à développer	15
1.2.1 La désinsertion professionnelle : un problème actuel	15
1.2.2 La désinsertion professionnelle contribue à la perte de l'identité professionnelle	15
1.2.3 Les acteurs de la prévention de la désinsertion professionnelle	17
1.2.4 Les ressources disponibles pour la politique de prévention de la désinsertion professionnelle	19
2 L'exploration sur le terrain et l'analyse des résultats	23
2.1 La méthodologie d'enquête : la démarche compréhensive	23
2.1.1 L'enquête exploratoire.....	23
2.1.2 Les entretiens semi-directifs.....	23
2.1.3 Les lieux d'enquête	24
2.1.4 Les personnes interviewées.....	24
2.1.5 Les autres ressources de l'investigation	25
2.1.6 Les limites	26
2.2 L'éclairage des acteurs	27
2.2.1 La prévention de la désinsertion professionnelle : un concept nouveau pas encore intégré par les acteurs	27
2.2.2 Le cadre de santé : l'acteur incontournable de la prévention de la désinsertion professionnelle	29
2.2.3 La direction des soins et la direction des ressources humaines : un travail étroit de collaboration	31
2.2.4 Une coordination des acteurs à renforcer.....	32

2.2.5	L'engagement de l'agent : le facteur clé de réussite pour sa réinsertion professionnelle	35
2.2.6	La réinsertion professionnelle : un défi pour l'ES	37
2.2.7	Les freins et les leviers pour la mise en place d'une politique commune de prévention de la désinsertion professionnelle au sein du GHT.....	38
2.2.8	La confrontation des questions de l'enquête aux réponses du terrain.....	39
3	Les leviers de pilotage pour le directeur des soins	43
3.1	Une politique de prévention de la désinsertion professionnelle visible et lisible	43
3.1.1	Le rôle du DS dans la construction du projet social.....	43
3.1.2	Une communication sur la politique de la prévention de la désinsertion professionnelle	44
3.1.3	L'évaluation du dispositif.....	45
3.2	Vers une coordination renforcée des acteurs	45
3.2.1	Une relation plus étroite entre la commission de maintien en emploi et l'encadrement.....	45
3.2.2	Mieux utiliser le document unique comme levier de la prévention des risques professionnels	46
3.2.3	Un outil de suivi de l'agent facilitant la coordination des acteurs.....	47
3.3	Un projet managérial intégrant le dispositif d'accompagnement des cadres de santé	47
3.3.1	Le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques intégrant l'axe managérial.....	47
3.3.2	Un dispositif de formation pour développer les compétences de l'encadrement	48
3.3.3	L'analyse des pratiques professionnelles : un outil d'accompagnement des cadres de santé et de développement des compétences.....	49
3.4	Structurer la réinsertion professionnelle	50
3.4.1	Des parcours professionnels à envisager dès le recrutement : la mobilité organisée.....	50
3.4.2	Un contrat à formaliser avec l'agent à son retour : accompagnement formalisé	51
3.4.3	Un suivi personnalisé régulier de l'agent par l'encadrement	52
	Conclusion	53
	Bibliographie.....	55
	Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

APP :	Analyse des pratiques professionnelles
AS :	Aide-soignant
ASH :	Agent des services hospitaliers
AT :	Accident de travail
CGS :	Coordonnateur général des soins
CHSCT :	Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail
CLD :	Congé longue durée
CLM :	Congé longue maladie
CSAD :	Commission de suivi des agents en difficulté
CSIRMT	Commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques
CTE :	Comité technique d'établissement
DGOS :	Direction générale de l'offre de soins
DIM :	Direction de l'information médicale
DMS :	Durée moyenne de séjour
DRH :	Directeur des ressources humaines
DS :	Directeur des soins
DUERP :	Document unique d'évaluation des risques professionnels
EHPAD :	Etablissement pour personnes âgées dépendantes
EI :	Evènement indésirable
ES :	Etablissement de santé
FIPHFP :	Le Fonds pour l'Insertion des Personnes Handicapées dans la Fonction publique
FPH :	Fonction publique hospitalière
GHT :	Groupement hospitalier de territoire
HAS :	Haute Autorité de Santé
IDE :	Infirmier
IGAS :	Inspection générale des affaires sociales
MP :	Maladie professionnelle
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
RPS :	Risques psycho-sociaux
TMS :	Troubles musculo-squelettiques

Introduction

Une des missions exercées dans mon dernier poste occupé, en tant qu'adjointe à la directrice des soins, portait sur la gestion des ressources humaines en collaboration avec la direction des ressources humaines. Cette mission consistait notamment à l'accompagnement des agents relevant d'un retour à l'emploi suite à un accident du travail, maladie professionnelle, congé longue maladie et congé longue durée. Dans le cadre de ce suivi, j'ai été confrontée à une augmentation du nombre d'agents présentant des aptitudes avec des restrictions médicales. Certains ne pouvaient plus assurer les missions relevant de leur ancien poste, d'autres ne pouvaient plus exercer leur métier. Les médecins du travail notifiaient des restrictions médicales en inadéquation avec leur poste de travail ou leur métier d'origine. Ainsi que faire d'un aide-soignant (AS) travaillant en gériatrie et présentant une restriction de port de charges supérieure à 10 kg ? D'un agent des services hospitaliers (ASH) ne pouvant pas tirer ou pousser un chariot ? D'un infirmier (IDE) avec une limitation de la station debout/assise prolongée ? D'un IDE ne pouvant plus lever le bras au-dessus des épaules ? D'un AS avec une limitation de la station debout prolongée ? Que leur proposer ? Comment les accompagner ? Quel dispositif mettre en place ? Quelle politique de prévention et de gestion des inaptitudes au sein de l'établissement ? Comment gérer ces professionnels dans un contexte budgétaire contraint alors qu'ils restent intégrés à la masse salariale sans désorganiser les services tout en préservant la qualité et la sécurité des soins ? Ces questions soulèvent la problématique de la restriction d'aptitude mais aussi de l'inaptitude au poste voire à la fonction mais aussi de manière plus globale à la désinsertion professionnelle.

Un des axes de la stratégie nationale de santé 2018-2022 comprend un objectif visant à prévenir la désinsertion professionnelle et sociale des professionnels de santé. Elle mentionne que l'amélioration des politiques de maintien en emploi repose sur une prise en charge précoce et sur un accompagnement de l'employeur pour favoriser autant que possible le retour à l'emploi, et qu'en cas d'impossibilité de retour à l'emploi initial, une attention doit être portée à la reconversion professionnelle de la personne. La Haute Autorité de Santé (HAS) précise, dans ses recommandations de bonne pratique¹, qu'en France, il y a 2,6 millions de travailleurs en situation de handicap. La HAS intègre les personnes « *en incluant ceux dont le handicap n'est pas forcément reconnu administrativement, mais qui déclarent un problème de santé durable et des difficultés*

¹ HAS. Décision n°2019.0020/DC/SBPP du 6 février 2019 portant sur l'adoption de la recommandation de bonne pratique « *Santé et maintien en emploi : prévention de la désinsertion professionnelle des travailleurs* », p 6

importantes dans les tâches quotidiennes. » Elle souligne aussi que près de 15 % des travailleurs continuent à avoir une activité avec une ou plusieurs maladies chroniques. Le rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) de décembre 2017² note que « *Ce sont vraisemblablement entre un et deux millions de salariés qui sont menacés à court moyen-terme par un risque de désinsertion professionnelle (soit 5 à 10 % des salariés).* » La Commission internationale de la santé au travail définit la désinsertion professionnelle comme³ « *L'incapacité au travail [qui] intervient quand un travailleur est incapable de rester au travail ou de retourner au travail à cause d'une blessure ou d'une maladie* ». La désinsertion professionnelle liée à des problèmes de santé peut avoir des causes multiples : usure professionnelle due à une exposition le plus souvent de long terme à des facteurs de risques professionnels, vieillissement, maladies professionnelles, maladies chroniques, handicap, accidents du travail.

Les établissements de santé ont l'obligation de mettre en place une politique de prévention avec des mesures de protection des risques professionnels mais aussi de prendre en charge les personnes présentant une inaptitude suite à une maladie. L'inaptitude est définie comme⁴ « *une incapacité physique ou mentale à exercer tout ou partie de ses fonctions* ». Malgré les dispositifs mis en œuvre, de nombreux rapports et enquêtes montrent l'augmentation du nombre d'agents rencontrant des problématiques de santé avec des gestions des situations individuelles de plus en plus complexes expliquées par le vieillissement des agents et l'allongement de la durée de vie au travail générant une recrudescence des cas de restriction d'aptitude voire d'inaptitude sur les postes exposés à une forte pénibilité tels que les aides-soignants, les agents des services hospitaliers et les infirmiers.

Une intensification du travail due notamment à des durées moyennes de séjour (DMS) réduites, des contraintes physiques et psychologiques importantes sont autant de facteurs pouvant générer des troubles musculo-squelettiques (TMS) et des risques psycho-sociaux (RPS), pourvoyeurs d'inaptitude au travail. Les agents peuvent aussi développer durant leur carrière professionnelle des pathologies chroniques invalidantes voire des pathologies aiguës.

Ainsi, la problématique de la gestion des inaptitudes au travail relève d'enjeux primordiaux pour les établissements :

- Enjeux humains avec l'accompagnement individuel des agents dans une gestion collective des équipes,

² ABALLEA P, DU MENIL DU BUISSON MA, rapport IGAS n°2017-025R. Décembre 2017. Tome I. « *La prévention de la désinsertion professionnelle des salariés malades ou handicapés* », p 3.

³ HAS. Février 2019. Recommandations pour la pratique clinique « *Santé et maintien en emploi : prévention de la désinsertion professionnelle des travailleurs* », p 12.

⁴ <https://www.juritravail.com/Actualite/inaptitude-constat/ld/262814> [visité le 31 juillet 2019]

- Enjeux sociaux comme les risques de désinsertion sociale et de précarité financière,
- Enjeux économiques avec le coût de l'absentéisme.

La politique de prévention des risques professionnels repose sur la mise en place d'un document unique réglementé par le décret du 5 novembre 2001 portant création d'un document relatif à l'évaluation des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs qui doit être mis à jour régulièrement. Le document unique est présenté au Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT). Un nouveau métier, préventeur des risques, apparaît dans les établissements de santé (ES), afin d'élaborer et suivre le document unique. Celui – ci travaille avec l'encadrement et les équipes pour identifier l'ensemble des risques professionnels et élaborer un plan d'actions mais ne travaille pas avec le directeur des soins (DS). Le document unique est un outil de dialogue social, faisant partie de la responsabilité sociale de l'entreprise qui ne semble pas assez exploité.

Lors du retour après un arrêt long, les professionnels ont besoin d'un accompagnement portant sur une remise au poste de travail ou une reconversion professionnelle. Les ES ont mis en place une politique de gestion des inaptitudes avec la gestion personnalisée des agents et la création des commissions de maintien dans l'emploi. Cette commission est sous la responsabilité de la direction des ressources humaines qui va travailler en étroite collaboration avec la direction des soins pour le suivi des agents. Elle regroupe, selon les établissements, le médecin de santé au travail, la direction des ressources humaines, la direction des soins, l'assistante du service social (réfèrent handicap) et permet de colliger les informations et confronter les différents points de vue afin de proposer à l'agent un poste adapté à ses restrictions. Le but est de mettre les personnes au bon endroit, au bon moment tout en garantissant la qualité et la sécurité des soins des patients. La stratégie du maintien dans l'emploi représente une dépense financière à court terme avec les aménagements de poste, la mise en place d'un dispositif d'accompagnement, les postes relais mais c'est aussi un investissement à long terme afin de limiter l'absentéisme, les arrêts de travail et préserver la qualité et la sécurité des soins.

Les situations d'inaptitude génèrent de l'absentéisme et des contraintes en termes d'organisation de service. Certains agents bénéficiant d'un aménagement de poste ne peuvent pas assurer la totalité des missions inhérentes au poste de travail. Leurs missions sont réalisées par les autres membres de l'équipe ce qui peut entraîner un épuisement de la part de l'équipe et une mise à l'écart de l'agent. Comment accompagner ces agents tout en préservant les équipes confrontées à une intensification du travail et assurer la qualité et la sécurité des soins au patient ?

Le maintien en emploi ne se limite pas aux salariés avec des arrêts de travail mais il s'envisage tout au long du parcours professionnel. Il est important de repérer en amont toute altération de l'état de santé pouvant avoir un retentissement sur les capacités de l'agent. Le cadre de santé est la personne qui peut déclencher le processus d'alerte.

Le 3^{ème} plan santé au travail 2016-2020 a réaffirmé l'importance de lutter contre la désinsertion professionnelle quelle qu'en soit l'origine.

Le rapport⁵ de l'IGAS de décembre 2017 sur la prévention de la désinsertion professionnelle la définit comme « *des actions de maintien dans l'emploi ou en emploi avec pour objectif de permettre à des personnes avec des problèmes de santé de rester en activité ou de la reprendre dès la consolidation soit par un aménagement de poste, soit par changement d'activités, voire une réorientation professionnelle* ». La prévention de la désinsertion professionnelle permet de travailler sur les 3 niveaux de prévention avec la prévention de la pénibilité et de l'usure professionnelle (prévention primaire), la détection et le traitement des difficultés dès leur apparition (prévention secondaire), la réduction des complications et l'accompagnement de la réinsertion professionnelle (prévention tertiaire).

Le rapport⁶ précise que « *La sécurisation des parcours professionnels suppose de détecter les difficultés dès leur apparition, en faisant le lien avec la prévention de la pénibilité et de l'usure professionnelle et d'accompagner les personnes dans la durée* ».

Ainsi, le DS peut, en collaboration avec la direction des ressources humaines, participer à la politique de la prévention de la désinsertion professionnelle sur les 3 niveaux de prévention en s'appuyant sur l'encadrement et les autres acteurs hospitaliers.

Ce qui m'amène à poser la question centrale de recherche et les sous-questions suivantes :

Quels sont les freins et les leviers pour le DS, en collaboration avec le DRH, dans la mise en place de la prévention de la désinsertion professionnelle au sein d'un ES ?

Sous questions

- En quoi l'implication de l'encadrement influe sur la désinsertion professionnelle ?

Prévention primaire : prévention de la pénibilité, de l'usure professionnelle, des accidents de travail et des maladies professionnelles

Prévention secondaire : détection des agents présentant des difficultés liées à leur problème de santé, détection des signaux d'alerte

⁵ ABALLEA P, DU MENIL DU BUISSON MA, rapport IGAS n°2017-025R. Décembre 2017. Tome I « *La prévention de la désinsertion professionnelle des salariés malades ou handicapés* », p 3.

⁶ Ibid p 79.

- En quoi la construction de parcours professionnels en amont contribue à la politique de maintien à l'emploi ?

Prévention secondaire : apparition des problèmes de santé, détection et traitement des difficultés dès leur survenue

- En quoi la détection des potentiels peut être un moyen complémentaire pour accompagner la réinsertion professionnelle ?

Prévention tertiaire : notion de réinsertion professionnelle

Dans la première partie seront décrits le contexte et les notions clés inhérents à la question de recherche, puis la deuxième partie abordera la méthodologie de l'enquête employée et l'analyse des résultats pour formaliser, dans la troisième partie, les préconisations afin d'améliorer la prévention de la désinsertion professionnelle.

1 De la politique de la prévention des inaptitudes à la prévention de la désinsertion professionnelle

1.1 L'inaptitude : un enjeu majeur de santé publique

Au 31 décembre 2015, 1,163 million d'agents travaillent dans la fonction publique hospitalière (FPH)⁷ : 88,2 % dans les hôpitaux, 8,4 % dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et 3,4 % dans les autres établissements médico-sociaux. De nombreux rapports et enquêtes montrent l'augmentation du nombre d'agents rencontrant des problématiques de santé expliquée par le vieillissement des agents et l'allongement de la durée de vie au travail. Cette situation génère une recrudescence des cas d'inaptitude sur les postes exposés à une forte pénibilité. L'inaptitude au travail se définit⁸ comme « *une incapacité physique ou mentale à exercer tout ou partie de ses fonctions* ».

1.1.1 L'absentéisme dans la fonction publique hospitalière

On peut définir l'absentéisme comme le nombre de jours d'absence calendaire pour des raisons de santé (congrés pour maladie ordinaire, longue maladie, longue durée, accident du travail et maladie professionnelle) et des raisons hors santé (maternité, adoption, formation). Le sujet de cette recherche porte sur les absences pour des raisons de santé. Les personnels hospitaliers sont confrontés à des contraintes diverses dont les efforts physiques importants. Ainsi, selon les résultats d'une étude⁹, en 2013, près de 85 % des personnels hospitaliers sont exposés à au moins une pénibilité physique telle que la position debout prolongée, le port de charges lourdes, la réalisation de mouvements douloureux et fatigants ainsi que les déplacements fréquents et longs. Les aides-soignants, les agents de service hospitalier et les infirmiers sont les personnels les plus concernés par ses contraintes physiques. La pénibilité du travail augmente la probabilité de prescriptions d'arrêts maladies.

Depuis 2007, les absences pour raison de santé progressent. A l'hôpital public, en 2015¹⁰, le personnel de soins (IDE, AS, ASH, ..), représentant les 2/3 du personnel non médical, a un taux d'absentéisme de 8,7%. Il est plus élevé chez les AS (9,8%) que chez les IDE

⁷ Ministère de l'action et des comptes publics. Rapport Fonction publique. Chiffre clé 2018. Source : Siasp, Insee. Traitement DGAFP - Département des études, des statistiques et des systèmes d'information. Champ : Emplois principaux, tous statuts, situés en métropole et DOM (hors Mayotte), hors COM et étranger. Hors bénéficiaires de contrats aidés.

⁸ <https://www.juritravail.com/Actualite/inaptitude-constat/ld/262814> [visité le 31 juillet 2019]

⁹ ARNAUDO B, LEONARD M, SANDRET N, CAVET M, COUTROT T, RIVALIN R et THIERUS L, « *Les risques professionnels en 2010 : de fortes différences d'exposition selon les secteurs* », Dares Analyses, n°010, 2013

¹⁰ Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation, « *Analyse des bilans sociaux des établissements publics de santé au 31 décembre 2015* », p 73

(7,8%). Les accidents de travail (AT) représentent 8% des arrêts. Les trois principales causes des AT sont la chute de plein pied (78,4%), l'effort lié à la manutention de malade (74,8%) et les projections de sang/urine/produit biologique sur les peaux lésées, les muqueuses et les yeux (28,2%).

Il a aussi été constaté une augmentation des arrêts de travail chez les seniors soit les plus de 50 ans. Se pose ainsi la question de la gestion des fins de carrière professionnelle pour des métiers à forte pénibilité. Comment accompagner les professionnels seniors pour les maintenir en emploi ?

Prendre soin des agents est un facteur clé de qualité de prise en charge des patients. Un des moyens repose sur la prévention des risques professionnels.

1.1.2 Une obligation pour les établissements de santé de mettre en place une politique de prévention des risques professionnels intégrée dans la politique de prévention des inaptitudes

La politique de prévention des risques professionnels s'appuie sur la mise en place d'un document unique réglementé par le décret du 5 novembre 2001 portant création d'un document relatif à l'évaluation des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs qui doit être mis à jour régulièrement, au maximum annuellement. La circulaire de 2011¹¹ de la direction générale de l'offre de soins (DGOS) rappelle les règles d'élaboration du document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP) dans les ES dans le cadre de la prévention des risques professionnels. *« L'évaluation des risques est un facteur important du dialogue social. Au vu de l'importance du document unique dans la mise en place d'une politique de prévention des risques professionnels, son absence peut entraîner des conséquences humaines évidentes. En effet, la mise en œuvre d'actions de prévention adaptées est à même d'éviter, d'une part, les accidents pouvant survenir dans le cadre professionnel, mais également l'apparition de maladies professionnelles. En ce sens, la prise en compte de la santé et la sécurité des agents dans les politiques de ressources humaines relève de la responsabilité sociale de l'employeur »*. Le DUERP intègre notamment les RPS et les TMS, les risques les plus fréquents dans un ES. L'évaluation des risques professionnels est un processus dynamique prenant en compte tous les changements organisationnels, techniques et humains.

Le préventeur des risques est responsable de son élaboration. Il travaille avec le service de santé au travail, le plus à même d'évaluer la gravité des risques, mais aussi avec les membres du Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) pour l'analyse des risques et l'élaboration du plan d'actions. Il a pour mission d'assister les services dans l'élaboration et le suivi d'une politique de prévention des risques

¹¹ Ministère du travail, de l'emploi et de la santé. Circulaire DGOS/RH3 n°2011-491 du 23 décembre 2011 relative au rappel des obligations en matière d'évaluation des risques professionnels dans la fonction publique hospitalière

professionnels, en vue d'améliorer les conditions de travail des agents. C'est un métier en développement dans les établissements de santé. Il est, le plus souvent, rattaché à la direction des ressources humaines. Pour élaborer le DUERP, il se déplace dans tous les lieux de travail afin d'identifier les risques et évaluer leur criticité. Il observe le poste de travail, s'entretient avec les agents et les cadres pour ensuite proposer un plan d'actions. Le document unique est présenté régulièrement au CHSCT. Se pose la question de l'utilisation concrète du document unique dans la politique de prévention des risques professionnels afin que celui-ci ne reste pas qu'un document réglementaire. Beaucoup d'acteurs sont impliqués dans la construction du document unique mais les résultats restent décevants au vu du nombre de déclaration d'AT et de maladies professionnelles (MP). En 2015¹², le nombre moyen d'AT avec arrêt de travail était de 42 pour 1000 équivalents temps plein (ETP), avec un écart selon le type d'établissement, de 35 pour les CHU (centre hospitalier universitaire) à 54 pour les CH (centre hospitalier). Au-delà de la prévention des risques professionnels, se pose la question du suivi des agents présentant une restriction d'aptitude au poste de travail.

1.1.3 De la prévention de l'inaptitude à la gestion de l'inaptitude

La politique de la prévention des inaptitudes repose sur 3 axes : la prévention des situations d'inaptitude en anticipant les risques professionnels, le maintien et l'accompagnement dans l'emploi des agents et l'aide à la reconversion professionnelle ou au reclassement de l'agent. Les établissements de santé ont l'obligation de mettre en place une politique de prévention des inaptitudes mais aussi de prendre en charge les personnes présentant une inaptitude ou aptitude avec restriction médicale.

L'article 71 de la loi du 9 janvier 1986¹³ précise l'obligation de l'ES de maintenir l'agent dans l'emploi. Ainsi, les agents titulaires de la fonction publique qui ne peuvent plus exercer leurs fonctions pour inaptitude physique provisoire ou définitive, doivent bénéficier d'un aménagement de leur poste de travail ou, quand cet aménagement est impossible ou insuffisant, d'un reclassement professionnel. Les notions d'aptitude (restriction d'aptitude, inaptitude au poste de travail et inaptitude à la fonction) sont encadrées juridiquement. L'inaptitude au poste peut être envisagée par le médecin de santé au travail à l'occasion de toute visite par le fonctionnaire. Il vérifie l'aptitude au poste, formule les éventuelles restrictions fonctionnelles et peut proposer les aménagements nécessaires. La déclaration de l'inaptitude au travail est donc une décision médicale. Une personne est déclarée inapte par le médecin de santé au travail quand elle est dans l'incapacité d'exercer l'intégralité de son activité.

¹² Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation, « *Analyse des bilans sociaux des établissements publics de santé au 31 décembre 2015* », p 89

¹³ Loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière

Les avis d'aptitude avec restriction mentionnent uniquement les contre-indications ou les recommandations concernant le poste occupé par l'agent et non la nature des problématiques que la personne rencontre. La restriction peut être temporaire ou définitive. L'inaptitude au poste de travail est une décision du médecin de santé au travail qui atteste que l'état de santé de l'agent n'est pas compatible avec la fiche de poste et/ou les conditions d'exercice qui sont les siennes.

L'inaptitude à la fonction est une décision prononcée par le comité médical ou la commission de réforme selon les situations. Elle implique que l'agent ne peut plus exercer son métier d'origine et doit faire l'objet d'un reclassement soit dans le cadre statutaire, soit dans le cadre d'une réaffectation sur un autre grade.

Le reclassement administratif pour raison de santé, selon l'article 71 de la loi du 9 janvier 1986 et le décret du 8 juin 1989, est un droit pour l'agent lorsque son état de santé lui interdit d'exercer les fonctions correspondantes aux emplois de son grade. Cette inaptitude définitive aux fonctions est prononcée par le comité médical ou le médecin agréé. La démarche de reclassement nécessite l'accord écrit de l'agent, l'avis du comité médical et l'avis de la commission administrative paritaire.

Le fonctionnaire peut aussi être mis en disponibilité d'office pour raison de santé sur une durée déterminée et après avoir épuisé ses droits aux congés.

En ce qui concerne la mise en retraite d'office¹⁴, le fonctionnaire déclaré définitivement inapte à l'exercice de ses fonctions peut être mis d'office ou à sa demande à la retraite anticipée pour invalidité. Elle n'est déclarée qu'à l'expiration des droits à congé de maladie (ordinaire, de longue maladie ou de longue durée).

Lors de sa reprise, l'ES doit prendre en compte les nouvelles capacités de la personne. « *La personne est devenue inapte en fonction de la dégradation de ses capacités mais aussi par un environnement de travail devenu inadapté à son état de santé* »¹⁵. On se retrouve au croisement de deux dimensions qui interagissent en permanence donc évolutives tout au long de la vie professionnelle avec d'une part les caractéristiques de la personne et d'autre part la situation de travail. L'inaptitude n'est pas innée, elle se confronte en permanence à ces deux dimensions. Quand, la personne présente une inaptitude, nous passons de la prévention à la gestion de l'agent, avec toute la difficulté pour l'établissement de lui trouver un poste adapté.

¹⁴ <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F550> [visité le 31 juillet 2019]

¹⁵ LE BIANIC T. 2003. « *L'inaptitude au travail : une construction sociale ?* ». Education permanente n°156/2003-3. p 55

1.1.4 L'inaptitude et les représentations de la maladie

Au-delà des AT ou MP, les professionnels de santé peuvent développer, durant leur carrière professionnelle, des pathologies chroniques invalidantes voire des pathologies aiguës.

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), les pathologies chroniques concernent 15 millions de personnes en France¹⁶. Elles se distinguent des pathologies aiguës « *par une permanence de la maladie, l'alternance de période de crise et l'imprévisibilité de leur évolution* »¹⁷.

La maladie peut être définie comme « *un état affectant le corps de l'individu* »¹⁸ et la santé, selon l'OMS, comme « *un état de complet bien-être physique, mental et social, qui ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité...* ». La santé et la maladie sont étroitement liées. C Herzlich a mené une étude dans les années 1970 sur les représentations sociales de la santé et de la maladie, toujours d'actualité. Selon les personnes interrogées, « être malade », c'est interrompre son travail¹⁹. Il y a un lien étroit entre santé et travail, maladie et incapacité. La santé est reliée à l'activité tandis que la maladie est reliée à l'inactivité. La maladie retentit sur la vie sociale donc sa relation à autrui. Pour les personnes enquêtées, il y a maladie à partir du moment où il y a une modification de leur vie et de leur identité sociale. Au décours de son étude, C Herzlich a formalisé 3 conceptions de la maladie : la maladie destructrice, la maladie métier, la maladie libératrice. L'équipe d'encadrement se trouve parfois confronté à des situations individuelles où l'agent continue à travailler et ne veut pas évoquer ses problèmes de santé avec l'équipe. Il vit sa maladie comme « destructrice » car il y a pour lui, un risque de perte de lien social, en incapacité d'assurer ses missions, son travail. L'inactivité représente pour lui, la destruction du lien social. « *Il se situe dans un univers social, comme personnalité identifiée à un rôle social* »²⁰. Des études montrent qu'une majorité de personnes avec une maladie chronique souhaite poursuivre ou reprendre une activité pour des raisons financières mais aussi pour leur permettre de continuer à avoir des relations de travail et de se dégager du statut social de malade.

La maladie est synonyme d'épreuve de l'altérité par altération de sa vie avec l'altérité physique car le corps ne peut plus faire ce qu'il veut et l'altérité psychique car l'identité du soi se révèle instable, fragile et précaire. Les pathologies chroniques entraînent une plus grande fatigabilité. La compatibilité des contraintes de l'état de santé et celles de l'activité professionnelle, a un coût physique et psychique lourd. Les enjeux du travail et de la santé

¹⁶ LHUILIER D, WASER AM. 2016. *Que font les 10 millions de malades ? Vivre et travailler avec une maladie chronique*. Editions ERES. p 9

¹⁷ Ibid p 11

¹⁸ ADAM P, HERZLICH C. 1994. 4^{ème} édition 2016. *Sociologie de la maladie et de la médecine*. Edition Armand Colin. Collection 128 tout le savoir. p 5

¹⁹ Ibid p 65

²⁰ HERZLICH C. 1969. 4^{ème} édition 2005. *Santé et maladie. Analyse d'une représentation sociale*. Editions de l'Ecole des hautes Etudes en Sciences Sociale. p 142

sont toujours en tension dans la maladie chronique. Le travail est source de menace pour la santé mais en même temps un instrument de lutte contre la maladie.

1.1.5 La politique de la gestion des inaptitudes dans les ES

Dans le cadre de la politique de la gestion des inaptitudes, les ES ont mis en place des commissions de maintien dans l'emploi ou nommées aussi commissions de gestion personnalisée des agents sous la responsabilité de la direction des ressources humaines. Le signalement initial constitue le point de départ de la prise en charge individuelle d'une situation. Les origines sont variées (cadre de proximité, médecine du travail, service social, direction des soins,...). Le maintien dans l'emploi dans le service est priorisé en envisageant toutes les solutions possibles (aménagement du poste, adaptation du poste ou de l'organisation du travail). En cas d'impossibilité, un accompagnement est assuré par cette commission. C'est une commission pluri professionnelle regroupant l'ensemble des acteurs concernés par le suivi de l'agent.

- La direction des ressources humaines

Elle est garante de la mise en œuvre de la politique de prévention de l'inaptitude et veille au respect de la réglementation. Elle a la connaissance administrative de l'agent.

- La direction des soins

Elle contribue aux décisions par sa connaissance de la situation individuelle de l'agent, des métiers et de l'organisation des soins sur l'établissement. Elle assure le suivi de la mise en œuvre des actions en s'appuyant sur l'encadrement de proximité.

- La médecine de santé au travail

Le médecin de santé au travail a la connaissance de la pathologie de l'agent. Il réalise la visite de pré-reprise après un arrêt maladie de plus de 30 jours ou suite à une reprise après un congé longue maladie (CLM) ou congé longue durée (CLD). Il déclare l'agent apte, apte avec des restrictions médicales ou inapte au poste. L'avis d'aptitude précise si besoin les restrictions. Cette visite fait suite à l'avis de reprise de la commission médicale ou la commission de réforme selon si l'agent relève d'une maladie ordinaire ou d'un AT/MP. L'avis du médecin de santé au travail permet d'aider la commission pour trouver le poste adapté aux contraintes de l'agent afin de pouvoir le maintenir dans son poste en l'aménageant ou le changer d'affectation voire envisager une nouvelle orientation professionnelle compatible avec l'aptitude de la personne et les disponibilités de poste de l'établissement.

La commission assure la mission de réinsertion professionnelle de l'agent. Elle a pour objectif d'accompagner les professionnels en situation d'inaptitude ou d'aptitude avec restrictions pour permettre leur retour ou le maintien dans l'emploi. Cela passe par une analyse pluridisciplinaire, une aide à l'élaboration et à la mise en œuvre d'un projet

professionnel. Elle permet de rechercher les meilleures solutions pour favoriser le maintien en activité des agents présentant des problèmes de santé au travail. Lors de cette commission, plusieurs possibilités d'intervention sont analysées pour proposer un plan d'actions (aménagement de poste, changement de poste, changement d'affectation, repositionnement sur d'autres missions, reclassement, formation, bilan de compétence, ...). Le but de cette commission est de mettre les personnes au bon endroit, au bon moment afin de garantir la qualité des soins et la sécurité des patients et de l'agent. Elle contribue à la mise en œuvre de la politique de prévention de l'inaptitude et de l'amélioration de la santé au travail.

Cependant, elle pourrait développer d'autres missions tels que l'anticipation de la reprise des agents après un CLM ou CLD (avec le suivi des décisions du comité médical ou de la commission de réforme), la préparation à la réinsertion professionnelle, la gestion des agents pour des reclassements, le suivi des aménagements de poste. Lors de l'enquête exploratoire, nous avons pu constater que ces missions ne sont pas complètement assurées. Cela demande une coordination importante entre tous les acteurs.

Les situations d'inaptitude génèrent de l'absentéisme et des contraintes en termes d'organisation de service. Elles entraînent des arrêts de travail ou changements de poste. Dans les situations d'aménagement de poste, certains agents ne peuvent pas assurer la totalité des missions inhérentes au poste de travail. Dans un contexte financier contraint, il n'y a pas de possibilité de les remplacer en « sureffectif » et leurs missions sont assurées par d'autres membres de l'équipe ce qui peut entraîner un épuisement de la part de l'équipe. Les multiples arrêts de travail sont sources de tensions dans les équipes.

Les cadres expriment leur difficulté pour manager ces équipes. Ils se retrouvent parfois avec des agents présentant des pathologies chroniques dégénératives ne voulant pas informer leurs collègues et présentant une fatigabilité plus importante sans pour autant avoir des restrictions médicales. L'encadrement se trouve confronté à préserver l'agent fragilisé en maintenant l'exigence de l'organisation du service. L'équipe peut réagir en évoquant le sentiment d'injustice car la personne ne travaille pas à la même vitesse, le cadre n'a pas les mêmes exigences alors qu'elle touche le même salaire. Le professionnel peut être mis à l'écart par l'équipe et créer des conflits entre les collègues qui doivent compenser la charge de travail supplémentaire.

Comment accompagner ces agents tout en préservant les équipes confrontées à une intensification du travail et assurer la qualité et la sécurité des soins au patient ? Comment accompagner les équipes d'encadrement à gérer ce type de situations ? Comment rendre gagnant/gagnant toutes les parties prenantes ?

La stratégie du maintien dans l'emploi représente une dépense financière à court terme avec les aménagements de poste, la mise en place de dispositif d'accompagnement, les postes relais, la réflexion sur les remplacements mais c'est aussi un investissement à long terme afin de limiter l'absentéisme, les arrêts de travail et ainsi préserver la qualité et la sécurité des soins. C'est toute la réflexion à mener par le DS et le DRH dans le cadre de l'amélioration de la performance de l'ES.

Il existe des dispositifs de financement pour la réinsertion professionnelle mais ils ne couvrent pas tous les coûts que cette dernière induit. La loi du 11 février 2005²¹ a posé le principe d'accessibilité des personnes handicapées en renforçant le principe d'obligation d'emploi et en fixant à 6 % le taux d'emploi des personnes en situation de handicap dans la fonction publique. Le taux des travailleurs handicapés²² dans les ES en 2015 est de 4.9 %. Les ES s'appuient sur Le Fonds pour l'Insertion des Personnes Handicapées dans la Fonction publique (FIPHFP) pour favoriser l'insertion professionnelle des personnes en situation de handicap. Le FIPHFP²³ contribue ainsi à la dynamique d'égalité d'accès à l'emploi dans la Fonction publique tout au long du parcours professionnel. Il aide à créer les conditions de succès de l'insertion et du maintien à l'emploi avec entre autre l'aménagement du poste de travail et l'accompagnement par des aides humaines. Il favorise aussi l'accès à l'emploi par des aides financières destinées à améliorer les conditions de travail et renforcer l'accessibilité des lieux de travail. Enfin, il assure le maintien des compétences pour les personnes handicapées en les formants afin de favoriser leur maintien dans l'emploi, intégration ou reconversion professionnelle.

Ce fond ne peut être utilisé que pour les personnes reconnues handicapées : reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH). Or certaines personnes refusent d'entamer les démarches par crainte des conséquences négatives engendrées par ce statut dans leur relation professionnelle. Ils ont peur d'être rejetés par leur équipe, d'être stigmatisés et c'est aussi pour eux une atteinte à l'estime de soi. Le fait d'être « catalogué » handicapé est une réelle souffrance psychique d'où l'importance de la communication, l'information et l'accompagnement pour leur faire comprendre les avantages à obtenir ce statut autant pour eux que pour l'ES.

²¹ Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées

²² Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation, « *Analyse des bilans sociaux des établissements publics de santé au 31 décembre 2015* », p 98

²³ <http://www.fiphfp.fr/> [visité le 1^{er} aout 2019]

1.2 La prévention de la désinsertion professionnelle : une politique à développer

1.2.1 La désinsertion professionnelle : un problème actuel

L'accroissement du nombre de restriction d'aptitude et d'inaptitude, de demandes d'aménagement de poste, de reclassement professionnel sont des questions à se poser en termes de maintien en activité. Malgré une politique de prévention des risques professionnels, nous pouvons constater que ce n'est pas suffisant. Une part croissante de salariés travaille avec une santé altérée que ce soit pour des séquelles d'AT, de MP ou de pathologies chroniques invalidantes. Selon le rapport de l'IGAS²⁴, 1 à 2 millions de salariés sont menacés par un risque de désinsertion professionnelle à court et moyen terme. Ces personnes ont du mal à se maintenir en emploi. Lorsqu'ils peuvent reprendre une activité, ils sont dans l'attente d'une réaffectation et ont l'impression de ne plus maîtriser leur avenir professionnel.

1.2.2 La désinsertion professionnelle contribue à la perte de l'identité professionnelle

L'inaptitude et l'exclusion peuvent avoir des frontières poreuses. En effet, durant des années, des fonctionnaires ont été retirés des soins et affectés dans des services avec des activités demandant peu de qualifications. Cela a eu pour conséquence de créer des services où se sont retrouvés un nombre important d'agents présentant des restrictions médicales (par exemple : la stérilisation, le standard, les archives, le centre de tri...). Mais au fur et à mesure de la montée des exigences réglementaires et sécuritaires, la certification des ES et l'accréditation des laboratoires, le profil des agents de ces services n'était plus adapté. Il y a eu une perte importante de compétences, avec des professionnels peu motivés faisant des tâches subalternes que l'on peut identifier comme « *du sale boulot* » tel que défini par E Hugues²⁵. Le personnel soignant est attaché à son métier et fier de l'exercer. S'occuper du patient a une valeur symbolique et du fait de leur inaptitude, ils sont retirés des unités de soins. Ils n'ont plus de repères ce qui peut mener à une perte d'identité professionnelle. L'identité relève de la relation entre deux processus d'identification, « l'identité pour autrui » attribuée par les autres et « l'identité pour soi » revendiquée par soi-même. La mise en inaptitude entraîne une double destitution, « celle pour soi » c'est à dire personnelle avec la perte de l'identité professionnelle et « celle pour autrui » donc le regard de l'autre induisant un isolement et un malaise envers leurs collègues au sein d'un collectif de travail.

²⁴ ABALLEA P, DU MENIL DU BUISSON MA. Rapport IGAS n°2017-025R. Décembre 2017. « *La prévention de la désinsertion professionnelle des salariés malades ou handicapés* ». p 3

²⁵ HUGUES EC. 1996. *Le regard sociologique - Essais choisis*. Editions EHESS, Paris. 344 p

Ce questionnement renvoie à C Dubar qui a travaillé sur la socialisation et la construction des identités professionnelles. Il définit la socialisation comme « *le processus de construction, déconstruction et reconstruction d'identités liées aux diverses sphères d'activité (notamment professionnelle) que chacun rencontre au cours de sa vie dont il doit apprendre à devenir acteur* »²⁶. C'est un processus d'identification, de construction d'identité donc d'appartenance et de relation. Le travail permet de se construire, or dans les arrêts longs, il y a une perte d'identité professionnelle. L'identité se construit à partir des constructions sociales et le travail a une place prépondérante dans cette construction identitaire. Comme l'énonce C Dubar « *La privation du travail est une souffrance intime, une atteinte à l'estime de soi autant qu'une perte de relation aux autres* »²⁷. Ainsi, la socialisation²⁸ est un processus de construction d'identité, c'est-à-dire d'appartenance à un groupe et de relation. L'identité est le socle de rationalité des individus. Elle articule trois dimensions interdépendantes, tout d'abord la nature du poste de travail donc la compétence, puis les normes professionnelles et enfin les valeurs orientant l'action. Ainsi, l'identité se définit par la biographie de l'individu mais aussi comment il se projette dans son devenir. Les identités professionnelles sont des manières de s'identifier les uns et les autres dans le champ de l'emploi. Etre sujet, c'est pouvoir être acteur de sa vie professionnelle. Dans les situations d'inaptitude, la personne perd toute maîtrise concernant son devenir professionnel. A sa reprise, sa situation sera examinée par la commission de maintien dans l'emploi. La perte du poste occupé ultérieurement ou le changement de fonction entraîne chez la personne une absence d'identification à un groupe et une remise en question de ses compétences. Il existe une rupture entre l'identité pour soi forgée par l'individu et l'identité pour autrui attribuée par l'institution en termes de non reconnaissance traduit par C Dubar comme « l'identité menacée ».

L'agent en incapacité professionnelle ne peut répondre à tout ou partie des missions qui lui sont confiées. Confronté à un processus qu'il peut mal vivre, il doit construire un nouveau projet professionnel, mais aussi reconstruire une identité professionnelle. La situation d'inaptitude demande des capacités d'adaptation, de gérer l'incertitude, d'intégrer des nouvelles missions voire s'adapter à un nouveau métier, à une nouvelle équipe.

La carrière d'un agent est jalonnée d'évènements susceptibles d'avoir un impact sur sa santé et de tenir son emploi dans la durée et donc de le placer dans un mécanisme de désinsertion professionnelle. Il y a une perte du lien social dans une société où le travail est un des principaux facteurs de ce lien.

²⁶ DUBAR C. 2000. 3^{ème} édition 2009. *La socialisation. Construction des identités sociales et professionnelles*. Edition Armand Colin. p 10

²⁷ Ibid p 14

²⁸ ALTER N. 2006. 2^{ème} édition 2008. *Cultures et identités au travail* in Sociologie du monde du travail. Edition PUF. p 101-117

1.2.3 Les acteurs de la prévention de la désinsertion professionnelle

Le maintien en emploi ne se limite pas aux fonctionnaires avec des arrêts de travail mais il s'envisage tout au long du parcours professionnel.

Les métiers de la santé sont des métiers avec des contraintes physiques et psychologiques importantes. Il est nécessaire de proposer des parcours professionnels à l'agent lui permettant de ne pas rester toute sa carrière dans un même service. De la même façon, il est important de repérer en amont toute altération de l'état de santé pouvant avoir un retentissement sur les capacités de l'agent. Le cadre de santé est la personne qui peut déclencher ce processus dans le cadre d'une politique de maintien en emploi.

Le rapport de l'IGAS de décembre 2017²⁹ définit la prévention de la désinsertion professionnelle comme « *des actions de maintien dans l'emploi ou en emploi avec pour objectif de permettre à des personnes avec des problèmes de santé de rester en activité ou de la reprendre dès la consolidation soit par un aménagement de poste, soit par un changement d'activités, voire une réorientation professionnelle* ».

La prévention de la désinsertion professionnelle permet de travailler sur les 3 niveaux de prévention :

- Prévention primaire : avec la prévention de la pénibilité, de l'usure professionnelle, des AT et MP,
- Prévention secondaire : l'apparition des problèmes de santé, la détection et le traitement des difficultés dès leur survenue, la détection des signaux d'alerte, la construction de parcours professionnel permettant le maintien en emploi,
- Prévention tertiaire : la réduction de l'effet sur l'emploi et sur l'activité d'une santé dégradée avec l'accompagnement des agents dans la réinsertion professionnelle.

Les acteurs concernés dans la prévention de la désinsertion professionnelle sont :

- L'agent bénéficiaire

Il est régulièrement rencontré par la personne ressource au niveau de la direction des soins pour faire le point sur la progression du plan d'actions et identifier au plus tôt les difficultés rencontrées. Son implication dans la démarche peut être formalisée par un contrat. L'implication de l'agent est fondamentale pour la réussite de l'accompagnement.

- Le cadre de santé

Il déclenche l'alerte auprès de la direction des soins ou de la médecine de santé au travail quand un agent présente des difficultés. Lors du suivi, il est tenu informé de la nature du plan d'actions par la personne ressource de la direction des soins chargée de son suivi. Il

²⁹ ABALLEA P, DU MENIL DU BUISSON MA. Rapport IGAS n°2017-025R. Décembre 2017. « *La prévention de la désinsertion professionnelle des salariés malades ou handicapés* »

veille à la mise en œuvre des actions. Il informe la personne ressource de toute difficulté pouvant survenir. Des bilans réguliers sont formalisés et transmis à la direction des soins. Il accompagne l'agent dans sa période de reprise d'activité ou d'intégration dans le nouveau service. Il formalise un plan d'intégration et le remet à l'agent. Il lui permet de poursuivre des formations si nécessaire. Le cadre contribue aux 3 niveaux de prévention.

- Le directeur des soins

Selon le décret du 29 septembre 2010³⁰, le DS « *Coordonne l'organisation et la mise en œuvre des activités de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques et en assure l'animation et l'encadrement, ...*, Il propose au directeur l'affectation de ces personnels au niveau des pôles en garantissant une répartition équilibrée des ressources entre les pôles et en tenant compte des compétences et des qualifications ; Il participe à l'élaboration du plan de développement professionnel continu dans son champ de compétence et coordonne la réalisation des parcours professionnels qualifiants ». Il travaille en étroite collaboration avec le DRH dans l'accompagnement des professionnels paramédicaux. Il veille à l'adéquation des compétences des professionnels au poste de travail.

La fiche métier de la FPH précise les collaborations les plus fréquentes pour le directeur des soins. Sont cités, les partenaires sociaux dans le cadre du dialogue social pour les conditions de travail des personnels, les organisations et les évolutions professionnelles et le service de médecine de santé au travail pour les conditions de travail et l'aménagement des postes pour les personnels. Une de ses activités porte sur la gestion et le développement des compétences des personnels.

Pour le suivi des agents, le DS s'entoure d'un collaborateur chargé de la mission ressources humaines. Celui-ci évalue les potentiels personnels et professionnels de l'agent afin de déterminer les caractéristiques individuelles que l'agent peut développer. Cela passe par l'identification des compétences acquises et celles à acquérir afin de l'accompagner dans la poursuite de sa carrière par une mobilité, changement de poste ou de fonction, reclassement ou formation. Il prend en compte, selon les possibilités, des souhaits de l'agent.

La détection des potentiels passe par une observation de l'agent dans sa pratique quotidienne, par les entretiens annuels d'évaluation, par un entretien approfondi par la personne responsable du suivi de l'agent au niveau de la direction des soins afin de proposer la meilleure adéquation homme/poste.

L'accompagnement des compétences des agents relève à la fois du projet de soins mais aussi du projet social. Tout l'enjeu de la politique de la prévention de la désinsertion professionnelle est de prévoir des parcours d'évolution professionnelle pour les personnes les plus exposées. La direction des soins contribue aux 3 niveaux de prévention.

³⁰ Décret n° 2010-1138 du 29 septembre 2010 modifiant le décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière

- Le directeur des ressources humaines (DRH)

Le DRH a pour mission de définir, valider, piloter et suivre la réalisation de la stratégie Ressources Humaines de l'ES. Il assure le lien entre la Directeur d'établissement et le personnel en prenant en charge les relations sociales au sein de l'organisation.

Le DRH, par délégation du directeur d'établissement, conçoit et propose une politique d'optimisation des ressources humaines : recrutement, rémunération, formation et développement des compétences des agents, gestion prévisionnelle des emplois et des effectifs, santé et prévention des risques professionnels. Il est responsable de la gestion administrative et statutaire du personnel. De par ses missions, il travaille en étroite collaboration avec le DS. Il participe aux 3 niveaux de prévention.

- Le médecin de santé au travail

Le médecin de santé au travail a un rôle exclusivement préventif. Le site internet du service public³¹ détaille ses missions. Il conseille notamment l'employeur, les travailleurs et les représentants du personnel sur les mesures nécessaires afin de prévenir ou de réduire la pénibilité au travail et la désinsertion professionnelle.

- Le CHSCT

Il est obligatoire pour tous les ES de plus de 50 agents. Il est composé de représentants du personnel, son président est le directeur d'établissement. Le médecin de santé au travail, le DRH et le DS sont des membres invités. Le CHSCT a pour mission principale de contribuer à la protection des personnels et l'amélioration des conditions de travail. Il participe à la prévention de la désinsertion professionnelle dans le cadre de la prévention primaire en identifiant les risques professionnels et en alertant les directions et la médecine de santé au travail si besoin.

- Le préventeur des risques

Il élabore le document unique en identifiant les risques professionnels et en proposant un plan d'actions, travaille avec l'encadrement, le personnel et les membres du CHSCT. Il participe à la prévention primaire.

1.2.4 Les ressources disponibles pour la politique de prévention de la désinsertion professionnelle

- Le projet social

Il fait partie intégrante du projet d'établissement. Il permet de définir sa politique sociale. Suite au protocole d'accord du 14 mars 2000, la loi de modernisation du dialogue social³² l'a rendu obligatoire. La circulaire de 2001³³ en a précisé les modalités. Le projet social a

³¹ <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F2211> [visité le 4 août 2019]

³² Loi n° 2016-1088 du 8 août 2016 relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels

³³ Circulaire DHOS/P 1 n° 2001-335 du 3 juillet 2001 relative au projet social et au volet social des contrats d'objectifs et de moyens des établissements de santé financés par dotation globale

été repris dans le titre IV, chapitre 6 « renforcer le dialogue social » de la loi de modernisation de notre système de santé³⁴.

Selon l'article L 6143-2 du code de la santé publique, le projet d'établissement « *comporte un projet de prise en charge des patients en cohérence avec le projet médical et le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, ainsi qu'un projet psychologique et un projet social* ».

Dans l'article L 6143-2-1 du code de la santé publique, il est noté « *le projet social définit les objectifs généraux de la politique sociale de l'établissement ainsi que les mesures permettant la réalisation de ces objectifs. Il porte notamment sur la formation, le dialogue interne au sein des pôles dont le droit d'expression des personnels et sa prise en compte, l'amélioration des conditions de travail, la gestion prévisionnelle et prospective des emplois et des qualifications et la valorisation des acquis professionnels. Le projet social est négocié par le directeur et les organisations syndicales représentées au sein du comité technique d'établissement. Le comité technique d'établissement est chargé de suivre, chaque année, l'application du projet social et en établit le bilan à son terme* ».

Parmi les points à mettre dans un projet social, on retrouve notamment la santé au travail et la prévention des risques professionnels, l'aménagement des postes de travail ainsi que la prévention et la prise en charge de l'inadaptation à l'emploi.

Ainsi, la prévention de la désinsertion professionnelle fait partie de la politique d'établissement.

- Le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques

Le projet de soins est un des projets socles du projet d'établissement comme le projet social et suppose une articulation entre eux. Un des axes du projet de soins, porte sur le pilotage et l'organisation des compétences managériales et soignantes ainsi que la contribution à l'enseignement et à la formation. Il amène des éléments complémentaires au projet social pour la prévention de la désinsertion professionnelle.

Le rapport d'activité du projet de soins précise dans la partie « gestion des ressources humaines paramédicales » des items à prendre en compte pour la prévention de la désinsertion professionnelle : la politique d'affectation et de recrutement, le mouvement des entrées et des sorties avec les impacts sur les conditions de travail, la qualification des professionnels, la cartographie des compétences et la politique d'intégration des nouveaux professionnels.

Pour élaborer le projet de soins, le DS s'appuie sur une large participation des professionnels de santé notamment l'encadrement et les membres de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques.

³⁴ Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

Toutes ces notions abordées m'amène à poser la question centrale de recherche et les sous-questions suivantes :

Quels sont les freins et les leviers pour le DS, en collaboration avec le DRH, dans la mise en place de la prévention de la désinsertion professionnelle au sein d'un ES?

Sous questions

- En quoi l'implication de l'encadrement influe sur la désinsertion professionnelle ?

Prévention primaire : prévention de la pénibilité, de l'usure professionnelle, des accidents de travail et des maladies professionnelles

Prévention secondaire : détection des agents présentant des difficultés liées à leur problème de santé, détection des signaux d'alerte

- En quoi la construction de parcours professionnels en amont contribue à la politique de maintien à l'emploi ?

Prévention secondaire : apparition des problèmes de santé, détection et traitement des difficultés dès leur survenue

- En quoi la détection des potentiels peut être un moyen complémentaire pour accompagner la réinsertion professionnelle ?

Prévention tertiaire : notion de réinsertion professionnelle

Après cette première partie permettant d'éclaircir la notion de prévention de la désinsertion professionnelle, la deuxième partie permet l'exploration de ce thème auprès des acteurs.

2 L'exploration sur le terrain et l'analyse des résultats

2.1 La méthodologie d'enquête : la démarche compréhensive

L'enquête va permettre de confronter la théorie aux sous-questions posées. C'est une enquête qualitative permettant de comprendre les points de vue des différents acteurs. Elle a été réalisée à partir d'entretiens semi-directifs menés au sein de 2 établissements dans deux régions différentes complétés par la lecture de documents mis à disposition par les ES ainsi que la participation à une commission de suivi d'agents en difficulté, un CHSCT et un entretien de suivi d'un agent avec le cadre responsable ressources humaines au sein de la direction des soins.

2.1.1 L'enquête exploratoire

L'enquête exploratoire a été menée lors du premier stage au CHA. Elle a permis de cerner l'objet d'étude et de stabiliser la question centrale. Lors de cette phase, des entretiens semi-directifs ont été réalisés auprès de la Coordinatrice Générale des Soins (CGS), d'un cadre de pôle et du préventeur des risques.

2.1.2 Les entretiens semi-directifs

Le choix a été de mener des entretiens semi-directifs auprès des principaux acteurs participant à la prévention de la désinsertion professionnelle. Les entretiens ont été enregistrés avec l'accord des personnes afin de faciliter la retranscription pour que l'interviewer soit concentré sur l'écoute de la personne et non sur ses écrits. Les entretiens ont duré en moyenne 1 h à 1 h 30.

Les guides d'entretien sont composés de questions ouvertes permettant la libre pensée de la personne, organisés à partir des thématiques abordées dans la phase conceptuelle en lien avec les 3 niveaux de prévention de la désinsertion professionnelle :

- prévention des inaptitudes
- gestion des inaptitudes
- accompagnement des agents présentant une restriction médicale
- prévention de la désinsertion professionnelle

Ils ont été adaptés selon la fonction de la personne interviewée :

- directeur³⁵
- encadrement³⁶
- personnel soignant présentant des restrictions médicales³⁷

³⁵ Guide d'entretien n°1

³⁶ Guide d'entretien n°2

³⁷ Guide d'entretien n°3

- responsable de formation continue³⁸

2.1.3 Les lieux d'enquête

Les entretiens exploratoires ont été réalisés au CHA afin de préciser l'objet de recherche puis une fois les guides d'entretien finalisés, a été un des deux lieux d'enquête.

Le CHA, lieu du premier stage, est un établissement de santé public de santé mentale. Il regroupe 3 établissements suite à une fusion. Il emploie 5300 personnels non médicaux. Sa capacité est de 1350 lits et places. Deux cadres supérieurs de la direction des soins en missions transversales, sont chargés, entre autre, de suivre les agents présentant des restrictions médicales. Une restructuration de la direction des soins suite à la fusion des 3 établissements est en cours. La répartition du suivi des agents au moment de l'enquête est faite au regard de leur ancien établissement de santé.

Le CHB, lieu du deuxième stage, est un établissement support du groupement hospitalier de territoire (GHT) regroupant les EPS du département. Il est composé de 3 établissements répartis sur le département. Une direction commune a été mise en place pour 6 des 8 établissements du GHT. Sa capacité est de 1623 lits et places. Il est composé de 2199 personnels paramédicaux. Deux cadres supérieurs, en missions transversales à la direction des soins, ont parmi leurs missions le suivi des agents en difficulté. Les agents sont répartis suivant leur catégorie professionnelle, IDE et AS/ASH.

Dans les deux établissements, une politique de prévention et gestion des inaptitudes est présente.

2.1.4 Les personnes interviewées

12 personnes ont été interviewées, réparties de la manière suivante :

	CHA	CHB
Coordonnateur Général des Soins	1	1 Animation des DS de la direction commune (6 établissements)
Directeur des Ressources Humaines		1 DRH de la direction commune (6 établissements) et du CHB
Préventeur des risques	1	

³⁸ Guide d'entretien n°4

Cadre chargé de mission RH au sein de la direction des soins	1	2
Responsable de formation continue		1
Personnel soignant présentant des restrictions médicales		1
Médecin de santé au travail		1
Cadre de pôle	1	1

2.1.5 Les autres ressources de l'investigation

Les entretiens ont été complétés par :

- la participation à une commission de suivi des agents en difficulté au CHB.

Les personnes composant la commission de suivi des agents en difficulté (CSAD) sont le DRH, la CGS, les 2 cadres supérieurs de la direction des soins assurant le suivi individuel des agents en difficulté, les 3 médecins de santé au travail et la personne chargée des recrutements à la direction des ressources humaines qui a la connaissance du parcours des agents depuis leur prise de poste au sein de l'ES. La commission se réunit mensuellement.

- la participation à un entretien de suivi d'un agent présentant des restrictions d'aptitude dans le CHB avec un des cadres supérieurs de la direction des soins chargé du suivi des agents.

Les entretiens de suivi sont réalisés en binôme et font suite à une demande d'un des membres de la CSAD, d'un cadre de santé ou de l'agent lui-même.

- la participation au CHSCT du CHB

Lors de la séance, la prévention des risques professionnels a été abordée avec notamment la présentation d'un plan d'actions pour prévenir la lombalgie au magasin hôtelier, la prévention des TMS sur l'établissement. Le CHSCT était composé de la directrice générale adjointe, du DRH, de la CGS, des représentants du personnel non médical et des médecins de santé au travail.

- la consultation du projet social, projet de soins, du guide des difficultés de santé au travail et de maintien dans l'emploi pour le CHA.

Un des axes du projet de soins porte sur l'évolution des métiers, le développement des compétences, la recherche et l'innovation avec une partie détaillée sur les métiers à préserver et les nouvelles compétences à acquérir. Ceci est à mettre en lien avec le projet social où une partie est dédiée à l'amélioration des conditions de travail et la constitution

d'un pôle social et santé au travail. Le guide présente plusieurs parties intégrant le cadre juridique, le droit à une couverture sociale, les principaux acteurs du maintien dans l'emploi et des rappels statutaires. Il est à destination de tout le personnel susceptible de bénéficier d'une mesure de maintien dans l'emploi. C'est un support d'information permettant une meilleure compréhension du dispositif mis en place.

- la consultation du projet de soins et de la procédure de mobilité interne pour le CHB.

Le DRH a piloté un groupe de travail constitué de membres de la médecine de santé au travail, la direction des ressources humaines, la direction des soins et des cadres de santé afin d'aboutir à la formalisation d'une procédure de mobilité interne intégrant le suivi des agents en difficulté mais qui n'est pas complètement opérationnelle. Cette note de service décrit les règles de fonctionnement de la bourse des emplois et les modalités de fonctionnement de la CSAD.

La CGS a mandaté un cadre de pôle pour piloter un groupe de travail sur l'accompagnement des agents en reprise d'activités en lien avec la procédure de mobilité interne et l'axe du projet de soins portant sur la gestion des compétences soignantes. Le travail est en cours.

- Le bilan social 2018 du CHB décrit :

- Nombre agents en inaptitude : 58 sur CHB avec une majorité d'AS, IDE poste sans manutention.
- 41 agents en catégorie C (AS et ASH), 11 en catégorie B, 6 en catégorie A
- 51 personnels de soins
- 54 personnes en MP
- 111 AT + 9 accidents de trajet
- Taux absentéisme personnel non médical : 7,11% (moyenne nationale 8,5%).

Un travail important a été réalisé sur la prévention des risques professionnels et l'accompagnement des agents en difficulté ces dernières années mais le nombre de personnes reste encore élevé. Le DRH a une forte attente sur le groupe de travail piloté par le cadre de pôle car pour lui un focus doit être mis sur l'accompagnement au sein des services. Le taux d'absentéisme est inférieur à la moyenne nationale mais reste relativement élevé.

2.1.6 Les limites

L'échantillon des personnes interrogées est trop limité pour que les réponses soient représentatives. Toutefois, cela permet d'avoir des orientations dans les discours quelles que soit les fonctions. Un entretien auprès d'un représentant du personnel non médical participant au CHSCT et un auprès d'une assistante du service social auraient permis de compléter les réponses et d'avoir le point de vue de l'ensemble des acteurs participant à la prévention de la désinsertion professionnelle au sein d'un établissement de santé.

Les cadres de pôle interviewés ont tous eu une expérience de cadre de santé dans une unité de soins et ont pu s'exprimer sur leurs difficultés rencontrées dans l'accompagnement des agents et la gestion des équipes.

2.2 L'éclairage des acteurs

2.2.1 La prévention de la désinsertion professionnelle : un concept nouveau pas encore intégré par les acteurs

Pour l'ensemble des personnes interviewées, la prévention et la gestion de l'inaptitude font parties d'une même politique menée par l'ES. Elle repose sur l'élaboration du document unique avec la prévention des risques professionnels, la détection et l'accompagnement des agents en difficulté. A part le DRH, aucune personne n'évoque spontanément la prévention de la désinsertion professionnelle et n'a pu la définir. Il précise :

« Dans la désinsertion, il y a une notion de mouvement, de mobilité qui heurte la notion de compétence ».

Il souligne aussi toute la difficulté à prévenir les inaptitudes du fait du temps important pris pour la gestion des inaptitudes :

« Il est difficile de mener de pair quelque chose de préventif alors que c'est difficile de gérer au quotidien les inaptitudes. On aura en priorité la gestion du quotidien que la prévention. Il faut sortir du quotidien pour faire de la prévention ».

La procédure de mobilité interne n'est pas à ce jour totalement opérationnelle. Le fonctionnement de la bourse des emplois a été réactualisé et les rôles et missions de la CSAD précisés. Il reste tout un travail à réaliser avec l'encadrement sur la cartographie de la typologie des postes en termes de niveau de charge physique et psychologique, contraintes organisationnelles mais aussi sur la cartographie des postes susceptibles d'être aménagés qui faciliteraient la recherche des postes adaptés en CSAD. Bien que formalisé dans la procédure, il précise :

« Le parcours professionnel est un pan qui n'est pas travaillé ».

Il attend beaucoup du groupe de travail piloté par le cadre de pôle afin de compléter ce versant de l'accompagnement du personnel dans la construction de son parcours professionnel tout au long de sa carrière.

Pour la cadre supérieure de la direction des soins du CHB, la prévention débute dès la prise de poste :

« La prévention débute par mettre les personnes au bon poste par rapport au physique (exemple : personne fluette pour brancardier). Parfois on met un nom sur le poste et on ne réfléchit pas à la bonne personne ».

Elle précise aussi le nombre important d'agents présentant des problèmes physiques et se pose la question de l'aptitude par la médecine de santé au travail lors de l'embauche voire avant de débiter la formation :

« La prévention dans les secteurs lourds : long séjour et EHPAD, majorité de jeunes AS. Ils sont en sous-effectifs. Ils ont un rendement de travail important. Jeunes professionnels cassés du dos et des épaules. Se pose la question de l'école d'AS avec des problèmes physiques initialement. C'est un métier difficile. L'aptitude médicale est-elle bien explorée par la médecine du travail à la prise de poste ? ».

En ce qui concerne l'autre cadre supérieur du CHB, la prévention de l'inaptitude débute par le document unique mais ne suffit pas à prévenir les inaptitudes :

« Au niveau des services, il faut aller au-delà du document unique avec le recensement des situations à risques physiques et psychologiques, réaliser une cartographie des risques, mettre en place des actions préventives, outil d'aide aux soins, former des agents, groupe de parole institutionnel, retour d'expérience, groupe multi disciplinaire avec plus ou moins le psychologue de la médecine de santé au travail. Le document unique est institutionnel, réglementaire et si on demande à un cadre, personne n'est capable de le ressortir ».

Le document unique reste un document réglementaire pour l'encadrement comme le précise le préventeur des risques du CHA, confirmé par les cadres de pôle interviewés :

« Le document unique est un outil de prévention, toute la difficulté pour les préventeurs est de faire vivre le document unique et qu'il ne soit pas que théorique. Les organisations syndicales et l'encadrement ne s'en saisissent pas vraiment. C'est perçu comme un document réglementaire qui ne passionne pas les foules ».

A contrario, pour le DS du CHA, le document unique est un levier à utiliser dans la prévention pour les petites structures :

« Le document unique est une bonne chose pour une petite structure, c'est un levier de la prévention, il a permis de travailler avec les membres du CHSCT sur des mesures de prévention sur tous les secteurs de l'établissement et de prioriser les demandes ».

Le document unique est un levier pour la prévention des risques professionnels mais tout dépend de la façon dont s'en emparent les acteurs. Les avis sur le document unique divergent selon la taille de l'établissement. Il est à noter que le document unique repose sur l'analyse de l'organisation et des postes de travail mais non sur les fiches de postes en tant que tel.

La responsable de formation continue décrit son rôle dans la prévention de l'inaptitude par la mise en place d'actions de formation au sein de l'établissement mais aussi organisées pour le GHT sur des thématiques communes en lien avec la prévention des risques professionnels et le plan de formation continue suite à l'analyse des événements indésirables (EI) et des AT :

« Pour la formation sur les techniques de manutention, c'est le DRH qui mène le projet, projet phare du GHT. On a mis en place aussi la gestion des situations de violence et d'agressivité avec différentes approches selon la structure concernée (EHPAD et MCO). En lien avec le GHT, le CHS fait une formation sur la gestion des situations critiques aux urgences. En EHPAD, on a construit une formation sur les troubles du comportement et sur l'humanité. Enfin, a été créée une formation à la gestion du stress animée par la psychologue du travail ».

Lors des entretiens, les acteurs ont pointé le rôle déterminant du cadre de santé dans la prévention et la gestion de l'inaptitude mais aussi dans la réinsertion professionnelle.

2.2.2 Le cadre de santé : l'acteur incontournable de la prévention de la désinsertion professionnelle

Le cadre de santé a un rôle primordial pour détecter un agent en difficulté et alerter auprès de la direction des soins mais aussi faciliter l'intégration et suivre les agents. Il accompagne l'agent dans le deuil de son métier comme le précise le DRH du CHB :

« Les cadres doivent être les vecteurs pour les agents présentant une inaptitude. Mais ils sont plus protecteurs de leur service qu'accompagnant des agents. Il les met plus facilement en dehors que les accompagner. Le cadre est le représentant de son service ».

La cadre supérieure de la direction des soins du CHB insiste sur le rôle du cadre de santé dans la prévention et la détection des agents en difficulté :

« C'est de savoir repérer l'agent en difficulté au sein du service par l'encadrement de proximité. S'il y a un changement de comportement, c'est qu'il y a un problème et les cadres ne vont pas plus loin. Il existe une confusion entre l'épuisement et le burnout. Il faut travailler sur l'origine de l'épuisement qui n'est pas en lien avec les conditions de travail mais avec la longévité dans le service et on doit travailler cette prévention. Le cadre de proximité doit alerter la direction des soins. Le travail du cadre porte aussi sur la réintégration d'une personne et la prévention de l'arrêt ».

Comme sa collègue, l'autre cadre supérieur insiste sur le rôle d'alerte de l'encadrement :

« Comment un agent atterrit dans le bureau de la direction des soins, cassé, sans qu'il y ait eu des signes alarmants avec une sonnette d'alarme par le cadre « on va en perdre un ». Il n'y a que les cadres de proximité qui peuvent avoir ce rôle-là. Certains cadres préviennent quand il y a un problème physique ou de comportement. L'expression sur le terrain par l'agent peut être multiple, cela peut être un problème de comportement inadapté, une IDE super compétente et qui subitement perd des compétences. Si on s'y intéresse bien en amont, on va désamorcer le cycle. Si on ne désamorce pas le cycle, cela devient vite infernal avec

des mois et des mois de travail. On a beau mettre en place tous les moyens au niveau ergonomique, du matériel adapté, en accompagnement, en réunion multi disciplinaires, en cohésion d'équipe, si le cadre n'est pas en capacité de détecter l'agent en difficulté, on passe à côté du truc. Tout commence par les services qui doivent alerter ».

La DS du CHA décrit de la même manière les missions de l'encadrement dans la prévention des inaptitudes :

« Rôle de détection et de prévention et d'accompagnement, rôle important dans la prévention des TMS, mais aussi détecter les personnes qui ont des problèmes psychologiques, faire remonter les problèmes au supérieur hiérarchique et à la direction des soins ».

Mais le cadre de pôle du CHB décrit la difficulté des cadres dans l'accompagnement des agents présentant une inaptitude :

« Le cadre est en difficulté par le manque de lien avec la médecine du travail et avec la direction des soins car aujourd'hui, il y a une organisation qui fait que l'agent présenté en CSAD, on lui trouve un poste. La direction des soins appelle le cadre pour lui dire qu'il va recevoir un agent avec des restrictions. Mais le poste est-il vraiment adapté car on n'a pas à ce jour un descriptif, pas de cartographie de risque précise du service, pas d'organisation. Le document unique n'est pas le reflet concret du service. Que faire de cet AS qui ne peut pas faire de toilette ? Il n'y a pas eu de réflexion sur l'accueil, le suivi, le poste adapté. Il faut réfléchir car parfois l'orientation n'est pas pertinente. Quand retour dans le même service, il est respecté par l'équipe mais si l'agent est d'ailleurs, c'est plus compliqué. La connaissance de l'histoire de la collègue et le respect de chacun donc entraide par la connaissance de l'agent. Le rôle du cadre de proximité est majeur en termes de charge de travail, en temps de présence lors des transmissions pour se rendre compte des pratiques, de ce qui se fait, il y a besoin d'être sur le terrain. Permet de percevoir des difficultés du personnel. Il y en a qui vont compenser les insuffisances des uns et des autres, des pratiques cachées. Il doit être au sein du service et pas dans son bureau. Permet de créer le lien de confiance indispensable, communication transparente sur ce que l'équipe vit. Signal d'alerte auprès du cadre de pôle. L'écoute des difficultés est une vraie prévention ».

La responsable de formation continue du CHB, ancienne cadre de santé, précise le rôle du cadre dans la réinsertion professionnelle d'un agent auprès de l'agent mais aussi de l'équipe :

« Le cadre a un rôle d'accompagnement de l'équipe car cela génère de l'inquiétude et de l'angoisse pour l'agent dans sa capacité à travailler, de mener le rythme, et pour l'équipe une inquiétude car elle est déjà en tension et qu'il va falloir porter une

personne. Le cadre a un rôle de veiller à l'état d'esprit de l'équipe, d'écouter sur ce qu'on dit sur le retour et adapter le poste. Parfois, besoin que la personne change de service ».

Le rôle du cadre est essentiel dans la détection des signaux d'alerte mais aussi dans l'accompagnement de l'agent et de l'équipe lors de sa reprise. Les cadres semblent être en difficulté pour assurer cette mission. Tout le monde est d'accord pour confirmer leur rôle mais le constat est qu'ils ne sont pas armés pour le réaliser. Quid de leurs propres représentations face à la désinsertion professionnelle, aux RQTH ? De leurs capacités à faire face à l'équipe ? Des compétences nécessaires pour ce type d'accompagnement ? Il participe aussi à l'élaboration du document unique. C'est l'acteur opérationnel pivot de la prévention de la désinsertion professionnelle, les acteurs stratégiques étant la direction des ressources humaines et la direction des soins.

2.2.3 La direction des soins et la direction des ressources humaines : un travail étroit de collaboration

La direction des ressources humaines et la direction des soins sont complémentaires pour faire vivre la politique de la prévention de la désinsertion professionnelle. Les rôles sont parfaitement distingués pour l'ensemble des acteurs. La direction des soins est garante des compétences des agents afin de mettre la bonne personne au bon endroit et la direction des ressources humaines sur la gestion des emplois et carrières, le respect de la réglementation et le dialogue social.

Le DRH du CHB explique son travail étroit avec la direction des soins et leurs missions spécifiques :

« La Direction des soins porte sur le travail sur les compétences. La DRH est incapable de travailler sur cette thématique. Chacun a sa mission dans la gestion de l'inaptitude. La direction des soins est là pour insérer les personnes dans les organisations de soins. Quand la direction des soins ne peut plus utiliser ce périmètre, on passe à un autre qui est la reconversion, formation, mise en retraite d'office, c'est la partie ressources humaines. Les périmètres sont faciles à identifier. Les entretiens de suivi des agents en difficulté sont menés à 2, DRH et DS quand on sent que la situation est proche du litige ».

La DS du CHA énumère les travaux réalisés avec la DRH :

« Travailler avec le DRH et la formation continue : accent sur les formations de prévention, TMS. Le burnout, la souffrance au travail, les RPS renvoient un message négatif, la qualité de vie au travail (QVT) est à favoriser, cela donne une vision plus positive ».

Le cadre de pôle du CHB décrit le rôle de la direction des soins :

« Responsabilité de la direction des soins sur les compétences et non la DRH. La direction des soins a toute sa place en transversal avec l'identification de la spécificité des services, cartographie des risques précises, action transversale indispensable ».

Le cadre supérieur de la direction des soins du CHB décrit le rôle de la direction des soins dans la gestion des agents présentant une restriction médicale mais insiste aussi sur l'importance d'informer les cadres de santé sur le nombre d'agents suivis :

« Il y a le suivi des agents, faciliter l'intégration, échanger sur les progressions, faire le bilan transversal de toutes ces personnes, montrer le volume de gens, la répartition pôle et service aux cadres de santé. Tant que l'on ne montre pas, ils ont l'impression qu'il n'y a que quelques services et que les autres « n'en mangent pas ». Montrer aussi ceux qui n'en n'ont jamais. C'est le problème de tout le monde et non pas que de la direction des soins, de la médecine du travail, de la direction des ressources humaines. Quand un service de soins qui se retrouve avec trop de postes aménagés, la direction des soins doit intervenir auprès de la DRH. Le rôle de la direction des soins porte aussi sur la régulation, l'adaptation, la pertinence du poste, parfois imposé des schémas, être attentif aux difficultés du secteur. La direction des soins est garante des compétences des agents au regard des postes et non la DRH et la médecine du travail ».

La responsable de formation continue du CHB décrit le rôle de la direction des ressources humaines dans le cadre de la reconversion professionnelle :

« On utilise le FIPHFP lors des reconversions professionnelles. La formation secrétaire médico-sociale dure 10 mois (reconversion des AS) selon les compétences et appétences de l'agent. C'est compliqué d'accompagner un agent en deuil d'une ancienne fonction. Pour certains, c'est une échappatoire ».

La répartition des missions entre la direction des soins et la direction des ressources humaines est clairement identifiée par les acteurs mais il reste à les formaliser dans une politique clairement définie.

2.2.4 Une coordination des acteurs à renforcer

Le DRH du CHB exprime une difficulté pour trouver les postes adaptés dans un contexte économique contraint. De plus, les reconversions professionnelles sont parfois des échecs, comme il l'explique :

« Même si on veut reconvertir des gens, les effectifs de personnels administratifs sont complets et la plupart sont spécialisés. Il y a 180 secrétaires médicales. J'ai converti 6 AS dont 4 succès et 2 échecs ».

Il explique aussi ses difficultés rencontrées avec les médecins de santé au travail qui, pour lui, prennent parfois en compte davantage le contexte social que le problème physique et psychologique :

« Les rapports sont bons mais de nature ne peuvent pas être simples. Il faut se respecter. Ils mettraient tout le monde sur un poste administratif. Ils ont tendance à traiter plus des problèmes sociaux que médicaux ».

Il rajoute quant à la coordination des acteurs :

« Il manque un lien entre la commission et les services de soins qui permettraient de véhiculer des valeurs en termes d'accueil et d'intégration ».

Le cadre supérieur du CHB décrit son désarroi devant certains avis d'inaptitude du médecin de santé au travail :

« Je me retrouve avec un agent qui n'a plus envie de soigner ou qui ne peut plus avec des fiches d'inaptitude médicale qui correspondent plus ou moins à rien, que je ne sais pas interpréter. Le premier acteur est la médecine du travail qui vient qualifier l'inaptitude. Dans la fiche d'aptitude, me dire ce que l'agent ne peut pas faire c'est bien, mais me dire ce que l'agent peut faire c'est mieux. Au final, me dire ce qu'il est capable de faire. La dernière en date est gratinée : à maintenir dans un service hors hospitalisation sur des horaires de jour pour une AS qui ne peut plus travailler sur un service d'hospitalisation. Elle est terrorisée à l'idée de s'occuper d'un patient et sur des horaires de journée car c'est une maman solo qui a besoin de s'occuper de ses enfants. J'ai appelé le médecin du travail qui m'a dit qu'il n'avait pas coché la case inapte car il pensait que la direction des soins allait trouver une solution. Donc première chose importante la qualification de l'inaptitude ».

Le cadre de pôle du CHB exprime sa difficulté envers la médecine de santé au travail par manque de collaboration :

« La fiche d'aptitude peut créer du lien, mais ce n'est pas suffisant. On s'est aperçu que nous nous ne connaissons pas le médecin du travail. On ne fait pas de lien. Besoin d'un support écrit, formalisé. La prévention de l'inaptitude débute par la médecine du travail, c'est leur mission, mais les restrictions ne sont pas assez précises ».

Les médecins de santé au travail semblent parfois démunis devant les situations des agents, d'où l'importance de construire ensemble et d'échanger sur les situations individuelles. Les logiques sont différentes, le médecin de santé au travail veut préserver au maximum le maintien en emploi alors que le DRH et le DS sont axés sur les compétences des professionnels permettant de garantir la qualité et la sécurité des soins dans un contexte contraint des emplois.

Le préventeur des risques du CHA souligne le manque de coordination sur la prévention des risques professionnels :

« Pour la construction du document unique, je ne travaille pas avec la direction des soins, c'est peut-être à moi de la solliciter, je travaille en direct avec la cadre de santé. Il faut travailler de manière plus rapprochée : pour tous les risques professionnels, les accidents hétéro agressifs, voire comment se coordonner. Je reçois les AT au fil de l'eau et les EI mais je ne suis pas partie prenante dans les actions, c'est fort dommage, chacun travaille de son côté. Mon rôle n'est pas connu des agents ».

Le cadre de pôle du CHA décrit ses difficultés quand la direction des soins impose un agent avec des restrictions médicales sans concertation avec l'encadrement et pose la problématique de la formation des cadres de santé :

« En tant que cadre de proximité dans un autre établissement, je me suis retrouvé confronté à intégrer un agent avec des restrictions médicales qui ne faisait pas partie de ce service avant son arrêt long. Mon rôle a été de l'accompagner dans sa prise de poste en étant vigilant sur son travail mais sans devenir harcelant et en même temps gérer l'équipe afin qu'il ne soit pas mis de côté. Nous n'avons pas été formés à cela. On fait donc du bidouillage vis-à-vis de l'agent et de l'équipe. Les restrictions amputent une partie du travail reporté sur le reste de l'équipe. Il faut une réelle politique d'accompagnement des personnes en restriction médicale ».

La coordination des acteurs reposent aussi sur la collaboration avec les cadres de santé qui sont les acteurs principaux du suivi de l'agent.

Lors de la participation à la CSAD, la plupart des situations des agents exposés étaient des problèmes médicaux mais certains ne présentaient qu'un problème social. Pour exemple, le médecin de santé au travail a présenté le cas d'une IDE de 32 ans, en reprise à temps plein, en plein divorce avec un problème de garde d'enfant. Elle avait maigri et présentait une anxiété. Elle a demandé à la médecine de santé au travail un poste avec des horaires stables. La CGS a demandé qu'elle soit accompagnée par le cadre de pôle et qu'il lui trouve une solution temporaire le temps de régler sa situation familiale.

La CGS, arrivée sur le CHB depuis 6 mois, explique au sujet de cette situation :

« Je préfère trouver une solution que de perdre une IDE compétente ».

Elle précise :

« Dans les services de soins, les métiers ne sont pas ré inventables, il y a une charge physique et mentale importante avec un turn-over des patients. Nos possibilités sont limitées. Le virage ambulatoire a entraîné des services d'hospitalisations plus lourds. Il faut refaire le travail service par service sur les postes fléchés, adaptés et voir si les personnes sur ces postes en ont encore besoin. On a besoin d'avoir une cartographie de l'ensemble de ces postes car à ce jour, je n'ai aucune visibilité. Des solutions peuvent être trouvées en interne au sein des

pôles mais il y a des limites à ce dispositif comme pour le pôle gériatrie qui rassemble les EHPAD, USLD et SSR. Il faut les aider ».

Lors des commissions, les compétences sont systématiquement abordées. Les médecins de santé au travail s'appuient sur la direction des soins et la direction des ressources humaines pour trouver des solutions. Ce n'est qu'en dernière limite qu'ils prescrivent une inaptitude. Ils se sentent parfois démunis :

« C'est dur de préciser ce qu'ils peuvent faire. C'est en service que cela doit être évalué. On ne connaît pas tous les services des 3 établissements. Nous avons besoin de travailler avec la direction des soins, d'échanger sur les situations, de ne pas attendre la commission. On les envoie systématiquement en entretien auprès du cadre supérieur de la direction des soins pour trouver une solution ».

Au sein du CHB, des postes sont préemptés par la direction des soins et la direction des ressources humaines pour les agents présentant des restrictions médicales temporaires. Un contrat de retour à l'emploi est signé par l'agent pour une durée déterminée.

Toutes les personnes interviewées soulignent le manque de coordination malgré le dispositif mis en place. Les cadres ne sont pas assez intégrés dans le processus de décision et n'ont pas d'outil de liaison avec la médecine de santé au travail. Le travail mérite d'être poursuivi et la politique institutionnelle clairement définie.

2.2.5 L'engagement de l'agent : le facteur clé de réussite pour sa réinsertion professionnelle

La formalisation d'un contrat est essentielle car parfois l'agent en reprise s'estime propriétaire de son poste comme le décrit le DRH du CHB :

« Il y a des notions de contrat. L'inaptitude est soit temporaire avec un contrat d'une durée limitée (1 à 2 ans), soit définitive. Les personnes s'estiment propriétaires de leur poste et nous avons des difficultés pour les remettre dans un service lambda à la fin du contrat quand ils n'ont plus de restrictions ».

Pour le cadre supérieur de la direction du CHB, le contrat de réinsertion permet de cadrer la reprise de poste :

« Le contrat de réinsertion permet que l'agent ne doit pas se projeter en pensant que le poste est à lui. L'agent postule par lui-même qui revient sur un arrêt long. Il ne doit pas être préempté sur le poste car il est choisi par le cadre sur ses compétences. On le met sur un remplacement long pour tester la discipline et voir si cela convient dans ce secteur. Evaluer aussi s'il est capable de retourner dans le métier. Si fragilité, remplacement long et que l'on sait qu'il y aura un poste par la suite ce qui permet de valoriser l'agent. Autrement double peine : je suis restreint et on m'impose dans un service. Il y a des postes que l'on préempte en hors soins. En soins, ils doivent être adoptés par l'équipe. Ils doivent être proactifs ».

Le contrat de réinsertion est une des actions mises en place dans la procédure de mobilité. Cela permet à l'agent de rester acteur de son parcours professionnel, d'être choisi pour ses compétences et non d'être imposé au sein d'un service et de tenir compte de ses souhaits. L'agent en réinsertion professionnelle après un arrêt long se trouve confronté à une remise en question sur ses compétences mais aussi sa capacité à intégrer une nouvelle équipe. Le fait de postuler le remet dans un processus de réinsertion professionnelle de manière active et ne pas rester dans une attitude attentiste.

Pour le deuxième cadre supérieur du CHB, l'agent est un acteur de sa gestion :

« La direction des soins est là pour accompagner l'agent à se poser les bonnes questions. Réfléchir à pourquoi il a fait un métier de soignant, sur ses motivations pour être soignant. La deuxième chose, l'acquisition des compétences. C'est l'agent qui peut le dire. Quand on les reçoit, ils sont dans une dynamique négative. Qu'est-ce que vous savez faire au final et on va partir de cela. Quelles sont vos potentielles appétences ? Ensuite, on ouvre en grand l'éventail des possibles avec l'agent et on procède par essai, élimination pour des questions d'appétence, compétences et inaptitude. C'est important d'avoir ce triple regard. A la lumière de cette éventail, si pas d'inaptitude, c'est trouver un poste adapté à des restrictions (apte avec des restrictions). C'est plus simple quand il est inapte car on peut rebondir sur un reclassement, une réorientation avec un bilan de compétences. Il y a quelques postes en dehors des soins par exemple au standard. L'important avec les agents est d'élaborer un projet avec eux. De leur mettre des échéances. Etablissement d'un contrat écrit avec l'agent dans lequel on détermine des objectifs, ce que l'on peut faire, ne pas faire, description du mode d'accompagnement, quel service et avec une échéance. Y compris pour les personnes en difficulté pour l'organisation familiale. Poste intendant, coursier mais peu sur l'hôpital en 8 h à 16 h. On ne peut pas envisager de mettre un agent de 35 ans sur ce poste ad vitam aeternam. Mais possible pour passer la phase difficile sur quelques mois et envisager une autre solution. On peut contractualiser sur ce type de poste pour quelques mois ».

La DS du CHA décrit les difficultés rencontrées par l'agent lors de sa reprise :

« Difficultés dans l'accompagnement pour que la personne se rende compte qu'elle n'a plus les compétences, les ressources pour mener les missions pour lesquelles elle était préemptée, difficile pour l'agent pour se faire reconnaître RQTH : doit faire son deuil de son métier de soignant ».

Le cadre de pôle du CHA précise sur l'agent :

« L'institution ne doit pas tout à l'agent et l'agent doit être acteur de sa reprise. Rendre l'agent pro actif est nécessaire. »

Le cadre présentant des restrictions médicales insiste sur la responsabilité de la personne dans la gestion de sa maladie et de son parcours professionnel :

« Je suis rentrée à l'IFSI alors que j'avais ma polyarthrite et qu'est ce qui m'empêche de mener mon projet ? Il y aurait eu une discrimination au travail si on ne m'embauchait pas. Je refuse de faire mon dossier handicap. Une personne avec un cancer, on gère sur plusieurs années. Droit à vivre avec. J'ai fait un bilan de compétences pour la réinsertion professionnelle. J'ai pu continuer à rester à l'hôpital et m'occuper différemment des patients. Ma maladie est une pathologie chronique dégénérative et je vis avec. Cela ne m'empêche pas de travailler. J'ai construit mon parcours au regard de mes capacités. Je préfère que cela soit moi qui gère ma carrière et non l'organisation qui m'impose un poste ».

Tous ces extraits d'entretien renvoient à la responsabilité de l'agent, à sa capacité à être acteur de son parcours professionnel, à faire face et intégrer la maladie tel qu'évoqué avec les représentations de la maladie par C Herzlich.

D'où l'importance qu'il puisse s'exprimer lors des entretiens de préparation à son retour.

2.2.6 La réinsertion professionnelle : un défi pour l'ES

La reprise après un arrêt long est un moment clé pour l'agent et l'équipe. Le dispositif d'intégration avec son accompagnement est un facteur de réussite pour sa réinsertion professionnelle.

Le DRH du CHB exprime la difficulté lors de la reprise d'un agent après un arrêt long :

« Si vous mettez quelqu'un en situation d'inaptitude dans le service où il a travaillé cela marchera, par contre si vous mettez quelqu'un en situation d'inaptitude dans un autre service, c'est une galère. Il y a la réaction de l'équipe ».

Il précise quant au dimensionnement de l'établissement :

« Plus on est grand, mieux c'est. Un pôle ne peut pas gérer tout seul ses agents présentant des inaptitudes ».

Se pose aussi le problème des compétences comme l'exprime le DRH du CHB :

« Le niveau d'étude des AS est différent, on ne peut pas les insérer partout. L'équipe de la direction de l'information médicale est constituée par des agents en situation d'inaptitude majoritairement des IDE ».

Le cadre supérieur de la direction du CHB décrit sa difficulté concernant certains cadres de santé :

« Certains cadres n'acceptent pas qu'on leur mette une personne en difficulté. On sait qu'il y a des secteurs où on ne va pas mettre l'agent ».

Le cadre de pôle du CHB décrit les actions facilitantes lors de la réinsertion professionnelle :

« L'agent doit avoir un contrat formalisé avec un objectif construit afin qu'il puisse se projeter et créer une démarche dynamique de réinsertion professionnelle. Il a besoin de trouver les personnes ressources qui puissent l'aider dans cette réinsertion avec un suivi et un accompagnement ».

Le responsable de la formation continue du CHB précise sur la réinsertion professionnelle :

« Parfois, des gens sont laissés dans la nature (CLD, CLM), le seul lien est le bulletin de salaire. Prévoir une personne qui suit la personne, qui fait le lien avec l'établissement. Ils sont en fin de droit et abandonnés dans la nature ».

Accompagner l'agent avant sa reprise fait partie intégrante de la réinsertion professionnelle.

Un dispositif d'accompagnement est nécessaire pour une réinsertion réussie mais cela doit se préparer en amont autant auprès de l'agent que de l'équipe qui va l'intégrer.

2.2.7 Les freins et les leviers pour la mise en place d'une politique commune de prévention de la désinsertion professionnelle au sein du GHT

Le DRH du CHB qui est aussi DRH de la direction commune, exprime la difficulté de mettre en place une politique de la prévention de la désinsertion professionnelle au sein de la direction commune avec ses limites :

« Cela fait partie des thématiques à étudier. On n'y a pas encore travaillé. On n'est pas au même niveau d'un établissement à un autre. Attention, les établissements n'ont pas les mêmes capacités et compétences développées selon les disciplines. Le GHT est un levier mais a aussi ses limites comme les lieux d'habitation des personnes, le coût que cela peut représenter dans les trajets. Il faut avoir en tête ces impératifs ».

Pour le DRH, le GHT peut être un levier pour la politique de formation en termes de prévention des risques professionnels :

« Le projet à mettre en place : centre de formation territorial pour ce qui concerne la prévention : manutention charges lourdes, patient résident, gestion de violence et d'agressivité, au niveau départemental. Le projet a été accepté par le Comité stratégique du GHT mais pour avancer il me faut des salles, j'ai les formateurs et le matériel ».

Le cadre supérieur du CHB décrit les leviers pour une réinsertion professionnelle réussie :

« Le contrat d'insertion et les équipes : missionner le cadre sur un aspect de confiance dans l'accompagnement, faire confiance au cadre, savoir remercier les équipes. Un accompagnement réussi grâce au cadre et à l'équipe et non à la direction des soins. Créer un cadre de confiance avec l'encadrement. Concernant la création de parcours professionnel, impossible pour les agents de quitter leur service alors l'établissement ? ».

Le cadre supérieur du CHB nomme le parcours professionnel comme levier de la prévention :

« Le parcours professionnel est une mobilité organisée et à l'échelle de l'hôpital, c'est compliqué. Par contre, à l'échelle d'une filière ou d'un pôle c'est réalisable ».

Pour le DS du CHA, le GHT est un levier de la prévention et de la gestion de l'inaptitude pour les petites structures mais aussi pour la mise en place de parcours professionnels :

« Difficultés pour les petites structures, utiliser le GHT comme levier, solidarité entre les structures de la direction commune, le GHT permet aussi d'équilibrer au sein des établissements, il y a besoin d'avoir une masse critique pour gérer les agents en inaptitude. C'est difficile pour une petite structure d'identifier des parcours professionnels, élargir au GHT, on a besoin d'une grosse structure afin d'avoir une masse critique. Par contre, sur une petite structure, c'est plus facile d'identifier le potentiel des personnes. La mobilité organisée doit être pensée, intégrée dans une politique en lien avec le DRH donc dans le projet de soins et le projet social ».

Le cadre de pôle du CHB exprime sa vision sur la mise en place des parcours professionnels au sein de son pôle dans le cadre de la prévention de l'inaptitude :

« Par exemple, en médecine nucléaire, pour faire des prises de sang et injection, dispositif en plomb, c'est très lourd. La médecine du travail a-t-elle conscience de cela ? On attend qu'il y ait de la douleur, de l'usure professionnelle. Il faut créer une polyvalence des postes sur des postes physiques. Garder la polyvalence sur un même secteur : tourne sur le traditionnel, l'hôpital de jour, l'unité de soins continus et hôpital de semaine permet d'alléger, d'agir sur l'épuisement professionnel. Lors du recrutement, les agents tournent sur tous les secteurs. Avec la cartographie des risques, on sait qu'il y a des services plus à risque pour les professionnels. L'épuisement professionnel en gériatrie avec un parcours cohérent : 3 à 4 ans sur un poste long séjour puis court séjour gériatrie permet d'avoir un vécu différent. Parfois l'agent pense qu'il ne pourra pas bouger du service. Il faut rester sur une logique de spécialité. Parcours pôle et hors pôle ».

Une politique commune de prévention de la désinsertion professionnelle au sein d'un GHT est à ce jour difficile à mettre en place. En effet, les établissements ne sont pas tous au même niveau dans leur politique. De plus, en fonction de la configuration des GHT, les personnels expriment des difficultés pour aller travailler dans un autre établissement du fait de la distance mais aussi des spécialités différentes. Les parcours professionnels peuvent être envisagés dans certains GHT selon leur constitution. Par contre, une politique de formation continue sur la prévention de la désinsertion professionnelle peut être mise en place.

2.2.8 La confrontation des questions de l'enquête aux réponses du terrain

Les personnes interviewées ont une attente forte quant à la prévention de la désinsertion professionnelle. Ils se sentent tous impliqués dans la prévention et la gestion de l'inaptitude mais expriment tous un manque de coordination entre eux, encadrement, direction des soins, direction des ressources humaines, médecin de santé au travail et préventeur des

risques. La commission est nécessaire pour échanger sur les dossiers des agents et essayer de trouver des solutions les plus adaptées aux situations mais leur collaboration ne doit pas s'arrêter à cette commission et doit se poursuivre en dehors. Son intitulé est différent, au CHA, cette commission est appelée commission individuelle pour le maintien à l'emploi et au CHB, commission de suivi des agents en difficulté mais les missions restent les mêmes. L'appellation a son importance dans l'inconscient collectif.

La collaboration DS/DRH est évidente pour l'ensemble des acteurs et les missions clairement délimitées même si la politique au sein de l'établissement n'est pas complètement identifiée.

La thématique portant sur les parcours professionnels n'a pas été abordée d'emblée et aucun, à l'exception du DRH, n'a pu définir la prévention de la désinsertion professionnelle en sachant que c'est une notion récente qui est apparue dans les textes depuis les années 2010. Pour l'ensemble des interviewés, la prévention de l'inaptitude revient à :

- dépister un agent en difficulté,
- élaborer le document unique et mettre en œuvre son plan d'actions,
- créer des dispositifs de formation continue pour prévenir les risques professionnels.

Le DUERP reste un document réglementaire insuffisamment utilisé par les cadres de santé. Le préventeur des risques se sent isolé et souhaiterait participer de manière plus active à l'analyse des AT et des EI afin de permettre que le document unique soit plus opérationnel.

La gestion de l'inaptitude porte sur :

- la mise en place d'une commission de suivi des agents,
- le suivi de l'agent,
- le dispositif de réintégration après un arrêt long,
- l'accompagnement au sein du service.

Chacun a mis en avant le rôle primordial de l'encadrement de proximité dans les 3 niveaux de prévention mais tous expriment aussi leurs difficultés que ce soit dans la détection des difficultés que dans l'accompagnement de l'agent ou dans l'élaboration de parcours professionnel. Le signalement est central et doit être le plus précoce possible afin de maintenir l'agent dans l'emploi. Les cadres ont un rôle majeur dans l'alerte mais ne sont pas formés à la détection des agents en difficulté. De la même manière, ils expriment leur difficulté pour les intégrer au sein d'une équipe qui peut avoir des représentations négatives sur la personne en reprise de poste. Les équipes se focalisent sur les restrictions alors que l'agent en reprise a des compétences. Comment mettre en avant la plus-value de cet agent au sein de l'équipe ? Ils se sentent démunis et souhaiteraient avoir un soutien plus important de la direction des soins, une politique formalisée, des procédures identifiées et enfin avoir des formations sur ces thèmes.

Aucune personne interviewée n'a parlé du parcours professionnel pour prévenir l'usure professionnelle. Il ne semble pas intégré dans les pratiques. Pourtant, le parcours contribue à la politique de maintien dans l'emploi mais se pose la question de le construire au sein d'un pôle, hors pôle voire autres établissements du GHT. Certains cadres de pôle ont déjà réfléchi à la notion d'usure professionnelle en mettant en place des parcours identifiés au sein de leur pôle comme le décrit le cadre de pôle du CHB en faisant tourner les IDE sur les différents services du pôle mais comme il le fait remarquer, il peut mettre en place ce dispositif car sa configuration le permet. En effet, c'est un pôle où les services sont situés sur le même bâtiment.

Le GHT peut être un levier pour la mise en place des parcours professionnels quand l'établissement est petit comme l'explique la DS du CHA mais peut aussi être un frein quand il est composé de nombreux établissements répartis sur un territoire étendu. Le DRH du CHB met en avant la problématique des distances, des disciplines mais aussi la prise en compte des demandes des agents avec leurs contraintes personnelles afin que la réinsertion professionnelle réussisse.

La notion des appétences a été abordée par les cadres de la direction des soins où lors de l'entretien de pré-embauche après un arrêt long, ils vont les explorer et les prennent en compte pour leur proposition de poste mais cela reste à la marge dans le dispositif de réinsertion professionnelle.

Les personnes interviewées participent, selon leur fonction et par leurs actions, aux 3 niveaux de prévention mais la politique institutionnelle n'est pas clairement définie. Des éléments de cette politique apparaissent dans le projet social et le projet de soins mais sans lien direct.

Au regard de l'analyse, nous exposerons dans la troisième partie des préconisations pour les directeurs des soins afin de prévenir la désinsertion professionnelle.

3 Les leviers de pilotage pour le directeur des soins

L'enquête a mis en exergue des freins et des leviers pour prévenir la désinsertion professionnelle sur lesquels la troisième partie s'appuie. La prévention de la désinsertion professionnelle est une thématique transversale intégrant une approche multi professionnelle. Le DS et le DRH sont les deux directeurs portant cette politique sur l'établissement.

3.1 Une politique de prévention de la désinsertion professionnelle visible et lisible

3.1.1 Le rôle du DS dans la construction du projet social

La stratégie nationale d'amélioration de la qualité de vie au travail promulguée en décembre 2016, intitulée « *Prendre soin de ceux qui nous soignent* » démontre toute l'attention portée sur cette thématique. C'est une priorité politique nationale. Le 3^{ème} plan santé au travail 2016/2020 traduit cette volonté politique. Deux axes stratégiques principaux sont développés : donner la priorité à la prévention primaire et développer la culture de prévention et améliorer la qualité de vie au travail, levier de santé, de maintien en emploi des travailleurs et de performance économique et sociale de l'entreprise. La santé au travail est intégrée dans la démarche de qualité de vie au travail, partie intégrante du projet social. Le projet social est un des éléments socle du projet d'établissement sous la responsabilité du DRH. Son élaboration s'appuie sur une démarche participative de concertation avec le personnel permettant le dialogue social.

Le projet social témoigne de la politique sociale de l'établissement où sont notifiés les enjeux, ambitions et objectifs en matière de gestion des ressources humaines et des conditions de travail. Un des axes du projet social porte sur l'accompagnement des trajectoires professionnelles incluant les dispositifs d'accompagnement des professionnels en termes de mobilité, de projet professionnel et de maladie. Une réflexion sur le suivi personnalisé et la démarche d'accompagnement à la reprise du travail alimente cet axe. On retrouve ainsi dans le projet social des items en lien avec la prévention de la désinsertion professionnelle à travailler avec la direction des soins :

- Le soutien et l'accompagnement de l'encadrement,
- Le recrutement, l'accueil et l'intégration des professionnels de santé,
- Les réintégrations après un arrêt long.

Le DS contribue à son élaboration par sa connaissance des organisations et des métiers non médicaux. Il fait les liens entre le projet social et le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques. Il s'appuie sur l'encadrement qui sera l'acteur

opérationnel. Faire participer les cadres de santé à la réflexion est primordial pour les acculturer à la prévention de la désinsertion professionnelle.

L'hôpital a une caractéristique spécifique dans le sens où le personnel soignant prend en charge des patients et sont donc confrontés aux autres, à la mort et à soi-même. De par sa nature, le personnel hospitalier est confronté à l'usure physique et psychologique. Préserver leur capital est primordial.

La politique sociale est un des facteurs d'attractivité et de fidélité. Elle demande une mobilisation active des acteurs de la prévention de la désinsertion professionnelle.

3.1.2 Une communication sur la politique de la prévention de la désinsertion professionnelle

Comme le précise le rapport de l'IGAS, la politique de la prévention de la désinsertion professionnelle a pour objectifs de³⁹ :

- « Réduire les facteurs de pénibilité,
- Faciliter la vie professionnelle dans les périodes de fragilité personnelle,
- Prévoir des parcours professionnels pour les agents les plus exposés à l'usure professionnelle ».

Une meilleure communication sur le rôle de chaque acteur est nécessaire pour améliorer cette prévention en lien avec la politique institutionnelle affichée.

- La plaquette d'information

Il est possible de réaliser une plaquette à l'attention de tous les agents de l'établissement sur la politique de la prévention de la désinsertion professionnelle. C'est un document ressource, premier niveau d'information sur les questions de la santé au travail.

Elle est élaborée par la direction des ressources humaines en collaboration avec la direction des soins et le service de santé au travail. Les éléments portent sur :

- Les rôles et missions des personnes ressources :
 - o Direction des ressources humaines
 - o Direction des soins
 - o Médecin de santé au travail
 - o Psychologue du travail
 - o Agent concerné
 - o Cadre de santé
 - o Représentant du personnel
 - o Assistante sociale du personnel,
- Les missions de la commission de maintien en emploi,
- Les démarches de réintégration,

³⁹ ABALLEA P, DU MENIL DU BUISSON MA, rapport IGAS n°2017-025R. Décembre 2017. Tome I « La prévention de la désinsertion professionnelle des salariés malades ou handicapés ». p 85

- La réglementation sur les congés maladies ordinaires, CLM, CLD, les droits, les impacts sur la rémunération, la commission de réforme, le comité médical,
- La procédure de mobilité interne,
- La procédure de demande de RQTH.

Des temps d'information

En complément, des temps d'information peuvent être aussi programmés deux fois dans l'année à l'ensemble du personnel.

3.1.3 L'évaluation du dispositif

L'évaluation du dispositif s'intègre dans une démarche continue d'amélioration de la qualité. Elle porte sur plusieurs indicateurs de processus et de résultats et s'appuie sur le bilan social et les enquêtes de satisfaction.

Les indicateurs de processus retenus sont le nombre d'agents suivis en commission, le nombre de postes adaptés, l'enquête de satisfaction auprès des agents en retour de poste, des cadres sur le dispositif mis en place, de la direction des soins, de la direction des ressources humaines et de la médecine de santé au travail.

Les indicateurs de résultat portent sur le nombre d'AT/MP, le nombre d'échec de réintégration (arrêts maladies), le taux d'absentéisme, le nombre d'agents bénéficiant d'une reconversion professionnelle.

Une large diffusion de l'évaluation du dispositif est nécessaire pour acculturer les professionnels à la politique de prévention de la désinsertion professionnelle. Les résultats sont donnés au CHSCT mais aussi à la CSIRMT ainsi qu'en réunion d'encadrement.

L'évaluation du dispositif permet de rendre visible et lisible la politique mise en place et permet à l'ensemble du personnel de prendre conscience des actions menées.

3.2 Vers une coordination renforcée des acteurs

La connaissance du rôle et des missions de chacun est indispensable à l'élaboration d'un partenariat structuré et durable. S'il existe une relation de défiance et d'ignorance du rôle de chacun, la prise en charge pluri professionnelle sera décloisonnée et non efficiente.

3.2.1 Une relation plus étroite entre la commission de maintien en emploi et l'encadrement

La commission de maintien en emploi constitue un lien entre les acteurs de la prévention. C'est un lieu d'échanges entre les professionnels de la prévention pour rechercher les meilleures solutions de maintien au travail pour les agents présentant des problèmes de santé au travail. Selon les établissements, il peut être composé du médecin de santé au travail, DRH, DS, référent handicap, responsable retraite/carrière, service social du

personnel, psychologue du personnel, responsable de la formation continue. La commission est animée par le DRH.

Elle étudie les situations individuelles des agents présentant des problèmes de santé afin de leur présenter des postes correspondant à leurs inaptitudes temporaires ou définitives. Elle propose des postes adaptés, envisage les reclassements, les bilans de compétence voire les réorientations professionnelles.

Le cadre de santé ne participe pas à la commission de maintien en emploi alors que c'est l'acteur pivot du dispositif de prévention. Le nombre important de cadres de santé au sein de l'ES ne permet pas leur participation à cette commission.

Par contre, le cadre de santé doit impérativement être prévenu des décisions prises lors de cette commission. De la même manière, il alerte la direction des soins en cas de détection d'un agent présentant une difficulté ou l'envoie à la médecine de santé au travail selon les situations.

Quand le médecin de santé au travail reçoit un agent pour une reprise ou un suivi, il émet un avis d'aptitude et peut préconiser des restrictions médicales. Cet avis est envoyé à la direction des ressources humaines qui ne le transmet pas systématiquement à l'encadrement. Une fluidité de l'information est nécessaire entre tous les acteurs pour assurer le suivi de l'agent et avoir connaissance du dispositif mis en place.

Le succès des parcours réussis de maintien en emploi repose sur la coopération et la coordination des acteurs. La fluidité des relations passe par des temps institutionnalisés de coordination mais aussi de relation de confiance construite dans le temps et la possibilité d'échanger en dehors de ces temps.

3.2.2 Mieux utiliser le document unique comme levier de la prévention des risques professionnels

Comme le démontre l'enquête, l'encadrement ne s'empare pas suffisamment du travail réalisé pour l'élaboration du document unique. Le document unique peut aussi être un levier pour le directeur des soins. Au travers de la sécurité au travail, le DS peut fédérer les équipes vers un objectif commun. Il permet la gestion de projet permettant de créer des liens entre les différents services et mieux appréhender le travail de chacun. Enquêter sur les risques est l'occasion privilégiée d'être à l'écoute du personnel et contribue au dialogue social.

Il faut dépasser le cadre réglementaire de cet outil et l'utiliser comme levier pour améliorer les conditions de travail. Le DUERP permet entre autre de cibler par service les formations nécessaires à la prévention du personnel qui sera intégré dans le plan de formation annuel de l'établissement. On retrouve les formations en lien avec la prévention des TMS mais

aussi des RPS. Il est possible aussi de mettre en place une formation sur la gestion de la violence, la prévention des addictions.

L'analyse à posteriori des AT et des EI permettent une analyse fine du contexte de l'hôpital et d'envisager les formations *ad hoc*. Cette analyse et le plan d'actions est présentée au CHSCT.

Le préventeur des risques travaille avec l'encadrement pour identifier les risques professionnels et formaliser un plan d'actions mais celui-ci est amené à travailler de manière plus étroite avec la direction des soins. Les cadres ont une vision de leur service mais la direction des soins a la vision globale de l'établissement ce qui lui permettra de faire les liens avec le plan de formation, le plan d'équipement et de faire des arbitrages.

La prévention des risques professionnels est à mettre en lien avec le projet qualité et sécurité des soins.

A la suite de l'élaboration du DUERP, le Programme d'Amélioration de Prévention des Risques Professionnels et d'Amélioration des Conditions de Travail (PAPRIPACT) précise les mesures de prévention à réaliser. Il fixe la liste des mesures à prendre durant l'année. Il est présenté et discuté au CHSCT. Il sert au dialogue social dans une démarche participative intégrant les représentants du personnel.

3.2.3 Un outil de suivi de l'agent facilitant la coordination des acteurs

Il ressort de l'enquête un manque de coordination par défaut d'information concernant le suivi de l'agent. Une fiche de suivi est à construire entre les acteurs avec l'accord au préalable de l'agent concerné et si elle est informatisée, l'accord de la CNIL.

3.3 Un projet managérial intégrant le dispositif d'accompagnement des cadres de santé

Le cadre de santé est l'acteur pivot pour prévenir la désinsertion professionnelle sur les 3 niveaux de prévention mais il semble en difficulté pour assurer cette mission. Le rôle du directeur des soins est de soutenir les cadres de santé dans leur capacité à accompagner les équipes. Son but est de fédérer et associer les cadres à la prévention de la désinsertion professionnelle en interrogeant et développant les pratiques managériales. Cela passe par la formation et l'analyse de pratiques professionnelles.

3.3.1 Le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques intégrant l'axe managérial

Le projet de soins est construit en articulation avec le projet médical partagé et en cohérence avec les orientations stratégiques de l'établissement et la politique qualité. Il est en adéquation avec le projet social et managérial. C'est un levier pour mobiliser les équipes soignantes.

Le CGS s'appuie sur la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT) et l'encadrement pour le construire. Le projet de soins est une réponse adaptée aux prises en charge des patients et le fil conducteur pour le personnel paramédical en termes de valeurs soignantes.

La CSIRMT associe les acteurs des soins à la conduite générale de la politique de l'établissement. Elle est consultée notamment sur le projet de soins élaboré par le coordonnateur général des soins, l'organisation générale des soins et l'accompagnement des malades, ainsi que de la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, et de la gestion des risques associés aux soins.

Un des axes du projet de soins porte sur le pilotage et l'organisation des compétences managériales à mettre en lien avec l'accompagnement des cadres dans la prévention de la désinsertion professionnelle. Acculturer l'encadrement à un management bienveillant est un des leviers pour réussir la prévention de la désinsertion professionnelle.

3.3.2 Un dispositif de formation pour développer les compétences de l'encadrement

Le plan de formation continue découle des orientations stratégiques du projet d'établissement. Il est élaboré à partir des orientations du projet social et du projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques. Le plan de formation est encadré par le décret n° 2008-824 du 21 août 2008 relatif à la formation professionnelle tout au long de la vie des agents de la fonction publique hospitalière. Il est présenté au CTE pour avis.

L'ensemble des personnes interviewées ont exprimé les difficultés des cadres de santé pour accompagner les agents à leur retour et gérer les équipes. L'allongement de la durée du travail, l'augmentation de l'âge de départ en retraite, le vieillissement de la population active, l'usure professionnelle, autant d'éléments qui impactent la gestion prévisionnelle des carrières et qui interrogent en particulier sur la seconde partie de carrière des agents, sa gestion, son anticipation. Aider le cadre à repérer les situations d'usure professionnelle, à accompagner l'agent dans son parcours professionnel, à manager et prévenir les RPS est à intégrer dans le plan de formation continue à ouvrir pour l'ensemble de l'encadrement du GHT. Les problématiques liées à la désinsertion professionnelle sont identiques quels que soient les établissements.

L'accompagnement des cadres de santé est une thématique transversale en lien avec le projet de soins partagé du GHT. Ouvrir au GHT permet de partager les compétences sur le territoire.

La médecine de santé au travail peut être partie prenante dans la formation en proposant une formation sur l'accompagnement des agents présentant une restriction médicale.

La psychologue du travail peut former les cadres de santé à la détection des signes d'épuisement professionnel, de changement de comportement, la détection des agents présentant une addiction.

Mais les sessions de formation ne suffisent pas, il est préférable de les compléter par la mise en place d'analyse des pratiques professionnelles.

Un dispositif de coaching peut aussi être proposé pour les cadres rencontrant des problématiques particulières.

3.3.3 L'analyse des pratiques professionnelles : un outil d'accompagnement des cadres de santé et de développement des compétences

Accompagner des agents en difficulté n'est pas chose aisée. Les cadres de santé ont besoin d'avoir une posture réflexive quant à leur pratique dans une démarche d'amélioration continue de la qualité.

L'analyse des pratiques professionnelles (APP) permet de se questionner sur son exercice professionnel et s'inscrire dans une dynamique de développement de compétence afin d'améliorer la détection des agents en difficulté et de les accompagner lors de leur reprise après un arrêt long. Le groupe est animé par une personne formée à cette méthode et sans lien hiérarchique. L'APP requière une méthodologie rigoureuse et doit être animée par une personne formée. Afin que la parole soit libre, l'animateur peut être une personne de l'établissement ou du GHT mais sans lien hiérarchique. Il doit avoir la connaissance du métier. C'est un espace permettant au groupe de réfléchir et prendre de la distance face aux situations difficiles rencontrées.

Chaque accompagnement d'agent en difficulté est unique avec un suivi personnalisé. Mais il est possible d'identifier les éléments de transférabilité afin d'améliorer sa pratique. C'est un lieu d'acquisition professionnelle et *in fine* de développement des compétences. Ce sont des séances de 2 h avec des groupes constitués qui se déroulent une fois par mois. L'engagement du cadre de santé à rentrer dans ce dispositif est nécessaire. La séance consiste en une étude de cas exposée par un des participants.

Ces séances ont aussi un but préventif car le fait de réfléchir autour d'une situation permet aux personnes si elles y sont de nouveau confrontées, de pouvoir y faire face.

3.4 Structurer la réinsertion professionnelle

Pour que l'agent soit pro actif, il a besoin d'être informé, orienté et accompagné tout au long du processus de retour au travail.

3.4.1 Des parcours professionnels à envisager dès le recrutement : la mobilité organisée

La mobilité organisée est mise en place pour éviter l'usure professionnelle. L'usure professionnelle correspond à⁴⁰ « *un processus d'altération de la santé liée au travail. Ce processus s'inscrit dans le temps et se traduit par une accumulation d'exposition des salariés à des contraintes de natures diverses (dont les facteurs de pénibilité). L'usure peut concerner tous les âges et se manifester au travers de divers symptômes : physiques (TMS, cancers professionnels...), cognitifs (troubles de la mémorisation...), psychiques (démotivation, dépression...).* La prévention de l'usure nécessite de raisonner dans le temps non seulement sous l'angle des contraintes du travail, mais aussi au regard du parcours professionnel des salariés ». Les personnels sont confrontés à une charge physique et psychologique importante, penser à une mobilité organisée est un des leviers pour prévenir l'usure professionnelle.

De la même manière, pour préserver les femmes enceintes, il est possible de réfléchir à un parcours organisé en les mettant sur des postes « doux » dans le cadre de la qualité de vie au travail. Certains types de postes, comme la programmation, sont à réserver pour des personnes en situation de vulnérabilité ou les femmes enceintes et ne sont pas organisés pour des personnes en poste fixe. Les IDE enceintes pourront tenir plus longtemps avec des horaires différents sans pour autant en faire des postes aménagés.

La mobilité organisée passe par l'ouverture des postes vacants, avec une possibilité d'ouverture à l'échelle du GHT, par un portail intranet. Les agents deviennent acteurs de leur carrière et peuvent ainsi concrétiser leur projet professionnel. La publication des postes vacants favorise la transparence et rend actif le personnel dans sa recherche de postes. Changer d'affectation tout en restant sur l'établissement permet de garder les compétences et participe à la prévention de l'usure professionnelle.

La prévention de l'usure professionnelle est à la base de la désinsertion professionnelle. Ainsi, le DS mène une réflexion avec l'encadrement sur les postes présentant une pénibilité accrue afin de proposer au personnel un parcours professionnel. Il n'est plus envisageable qu'un AS reste 20 ans dans un service de gériatrie. L'établissement doit être à même de lui proposer un parcours professionnel qui tient compte des souhaits de l'agent. L'important

⁴⁰ ANACT. Juin 2011. « *La démarche de prévention de l'usure professionnelle : des repères pour l'action* » Le bien-être des salariés comme facteur de performance pour l'entreprise ». p 5

est de l'anticiper et non de le faire dans l'urgence au détriment de la qualité de prise en charge des patients.

De la même manière, le DS impulse une politique auprès de l'encadrement afin d'établir une cartographie des postes adaptés au sein de l'établissement :

- Identifier le nombre et les types de postes susceptibles d'être aménagés au sein de chaque pôle en termes d'horaires et de missions,
- Recenser au sein de chaque pôle les aménagements de poste et revoir pour chacun d'eux si la situation médicale de l'agent justifie la restriction de poste.

Cette cartographie sera une aide à la décision pour la commission de maintien en emploi. De plus, il est nécessaire de faire le point une fois par an sur les postes aménagés et vérifier auprès de la médecine de santé au travail que l'agent ait toujours besoin de ce poste.

3.4.2 Un contrat à formaliser avec l'agent à son retour : accompagnement formalisé

L'entretien de retour est indispensable avant la reprise de l'agent. Il est important que l'établissement le rende pro actif. Il n'est pas aisé de reprendre une activité professionnelle après un arrêt long. Cet entretien se déroule dans un climat de bienveillance afin de permettre à l'agent de s'exprimer sur ses inquiétudes face à la reprise. Se remobiliser après des événements personnels peut être difficile. Il développe plus ou moins sa capacité de résilience lui permettant de surmonter un traumatisme, le dépasser pour en faire un nouveau départ. Lui expliquer comment va se dérouler son intégration encadre sa reprise.

Une des missions de la Direction des Soins est de contribuer à la gestion des personnels paramédicaux, notamment en proposant leur affectation. C'est dans ce cadre qu'elle participe activement à l'accompagnement des professionnels en difficulté en leur proposant l'affectation la plus adaptée au regard de ses compétences et aptitudes. Par sa connaissance des organisations des unités de soins (nature des activités réalisées, intensité de la charge de travail, effectifs des équipes, dépendance de la population soignée, turn-over des patients...) en collaboration avec l'encadrement, la direction des soins initie, avec et pour l'agent concerné, un accompagnement individualisé à la prise de poste.

L'entretien de pré retour est une étape décisive pour la réussite de la réinsertion professionnelle. Il permet d'anticiper la reprise de l'agent au regard de ses capacités de travail, ses compétences, des contraintes liées à l'environnement professionnel et des exigences du poste mais aussi l'informer de ses droits.

Lors de cet entretien un dossier de suivi lui ait remis comportant :

- La plaquette d'information pré citée
- La procédure d'intégration dans le service
- La charte d'engagement et de valeur précisant le processus d'intégration, dans quoi s'engage l'agent et les équipes et de pouvoir donner les valeurs hospitalières essentielles : la solidarité, l'engagement de chacun et le respect de l'autre.
L'institution ne doit pas tout à l'agent et l'agent doit être acteur de sa reprise.
- La fiche d'aptitude du médecin de santé au travail avec le détail des restrictions
- La fiche de poste adaptée à ses restrictions
- La fiche de tâche : organisation journalière des activités selon les établissements
- Les fiches d'évaluation à 1 mois et 3 mois à remplir par le cadre de santé avec le bilan des aptitudes physiques et psychologiques, des compétences développées et celles à acquérir.

Ce dossier est personnel à l'agent. Il assure son suivi auprès de tous les acteurs de la réinsertion professionnelle. C'est un support institutionnel permettant la transmission des informations entre les acteurs dont l'agent lui-même.

3.4.3 Un suivi personnalisé régulier de l'agent par l'encadrement

Le suivi au long court est tout aussi important, d'où la nécessité que le cadre de proximité fasse des entretiens de suivi réguliers concernant les compétences développées pour les missions confiées mais aussi l'intégration au sein du groupe avec un retour à la direction des soins. Il s'appuiera sur le dossier de suivi remis lors de l'entretien de pré retour.

Les agents, de retour après une longue absence, constituent une population particulièrement touchée par les risques psycho-sociaux et fragilisée. Le cadre de santé fait des points réguliers avec l'agent pour s'assurer que la charge de travail est supportable et anticiper toute difficulté. Il prépare aussi l'équipe en l'informant du retour de l'agent afin qu'elle lui réserve un bon accueil et son soutien.

Le cadre de santé lui explique le projet d'intégration avec les étapes de bilan. Il est important pour l'agent de se projeter afin de se construire.

Conclusion

Le personnel de la fonction publique hospitalière est le plus exposé aux contraintes et risques physiques. Ainsi prévenir la désinsertion professionnelle reste un défi pour l'ES.

L'intensité du travail, la diminution des postes « doux » complexifient la prévention de l'usure professionnelle et la réintégration après une longue maladie avec ou sans une inaptitude médicale. Tout l'enjeu est de maintenir la santé des agents et leurs compétences.

La présence d'un projet fort de prévention de la désinsertion professionnelle est source d'attractivité et de fidélisation, il est à mettre en lien avec la qualité de vie au travail. Rendre les politiques visibles et cohérentes entre elles permet d'acculturer le personnel, l'encadrement et les directions à la prévention de la désinsertion professionnelle et constitue un engagement auprès des professionnels.

Cela renforce la marque employeur dans un contexte de difficultés de recrutement des personnels non médicaux. Ce projet porte sur une co-construction direction des ressources humaines et direction des soins s'appuyant sur le projet social et le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques. Il demande une coordination importante des acteurs pilotée par la direction des ressources humaines.

Une attention particulière est portée aux cadres de santé, acteurs pivots dans la prévention de la désinsertion professionnelle. L'ES doit leur donner les moyens et les outils à disposition pour qu'ils puissent s'emparer pleinement de leur mission. Agir dès l'apparition des premiers symptômes favorise le maintien en emploi et peut éviter l'inaptitude.

La loi de transformation de la fonction publique parue cet été⁴¹ crée une nouvelle instance, le comité social d'établissement en fusionnant le CHSCT et le CTE. Il permettra de développer une vision intégrée des politiques de ressources humaines et des conditions de travail.

Prendre soin des personnels est gage de qualité des soins et de sécurité des patients.

La prévention de la désinsertion professionnelle est un des leviers pour accroître la performance de l'établissement de santé et améliorer la qualité du service rendu au patient.

⁴¹ Loi n° 2019-828 du 6 août 2019 de transformation de la fonction publique

Bibliographie

Rapports

- HAS. Février 2019. Recommandations pour la pratique clinique « *Santé et maintien en emploi : prévention de la désinsertion professionnelle des travailleurs* ». 60 p
- BERARD JL, Pr OUSTRIC S, SEILLIER S. Janvier 2019. « *Plus de prévention, efficacité, équité et maîtrise des arrêts de travail. Accompagnement du salarié en arrêt vers la reprise du travail* ». 155 p
- Ministère de l'action et des comptes publics. « *Rapport annuel sur l'état de la fonction publique. Politique et pratique de ressources humaines. Faits et chiffres* ». Edition 2018. 665 p
- ABALLEA P, DU MENIL DU BUISSON MA, rapport IGAS n°2017-025R. Décembre 2017. Tome I « *La prévention de la désinsertion professionnelle des salariés malades ou handicapés* ». 120 p
- Sofaxis. Juin 2016. « *Regard sur les absences au travail pour raison de santé dans les établissements de santé* ». 8 p
- Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation, « *Analyse des bilans sociaux des établissements publics de santé au 31 décembre 2015* ». 138 p
- ARNAUDO B, LEONARD M, SANDRET N, CAVET M, COUTROT T, RIVALIN R, THIERUS L. 2013. « *Les risques professionnels en 2010 : de fortes différences d'exposition selon les secteurs* ». DARES Analyses, n°010. 12 p
- ANACT. Juin 2011. « *La démarche de prévention de l'usure professionnelle : des repères pour l'action. Le bien-être des salariés comme facteur de performance pour l'entreprise* ». 23 p

Textes réglementaires

- Loi n°2016-1088 du 8 août 2016 relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels
- LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé
- Ministère du travail, de l'emploi et de la santé. Circulaire DGOS/RH3 n°2011-491 du 23 décembre 2011 relative au rappel des obligations en matière d'évaluation des risques professionnels dans la fonction publique hospitalière
- Décret n° 2010-1138 du 29 septembre 2010 modifiant le décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière
- Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées
- Décret n° 2001-1016 du 5 novembre 2001 portant création d'un document relatif à l'évaluation des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs

- Circulaire DHOS/P 1 n° 2001-335 du 3 juillet 2001 relative au projet social et au volet social des contrats d'objectifs et de moyens des établissements de santé financés par dotation globale
- Décret n°89-376 du 8 juin 1989 pris pour l'application de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière et relatif au reclassement des fonctionnaires pour raisons de santé
- Loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière

Ouvrages

- ADAM P, HERZLICH C. 1994. 4^{ème} édition 2016. *Sociologie de la maladie et de la médecine*. Edition Armand Colin, Collection « 128 ». 127 p
- ALTER N (coord). 2006. 2^{ème} édition 2008. *Sociologie du monde du travail*. Edition PUF. Collection Quadrige. 356 p
- BACHELARD O (coord). 2017. Le bien-être au travail. *Pour un service public performant et bienveillant*. Presses de l'EHESP, Collection « Profession cadre service public ». 200 p
- DUBAR C. 2000. 3^{ème} édition 2009. *La socialisation. Construction des identités sociales et professionnelles*. Edition Armand Colin. 255 p
- DUBAR C. 2000. 4^{ème} édition 2010. *La crise des identités. L'interprétation d'une mutation*. Edition PUF. Collection le lien social. 239 p
- HERZLICH C. 1969. 3^{ème} édition 2005. *Santé et maladie. Analyse d'une représentation sociale*. Editions de l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales. 210 p
- HUGUES EC. 1996. *Le regard sociologique - Essais choisis*. Editions EHESS, Paris. 344 p
- LHUILIER D, WASER AM. 2016. *Que font les 10 millions de malades ? Vivre et travailler avec une maladie chronique*. Editions ERES. 340 p
- SPINHIRNY F. 2018. *Hôpital et modernité, comprendre les nouvelles conditions de travail*. Edition Sens et Tonka. 69 p
- TROSA S, BARTOLIA A (coord). 2016. *Les paradoxes du management par le sens*. Presses de l'EHESP, Collection « Profession cadre service public ». 167 p

Articles

- JOLIDON P. Mars 2018. « *La prévention des inaptitudes* ». Gestion hospitalière n°574. pp 185-188.
- LE BIANIC T. 2003. « *L'inaptitude au travail : une construction sociale ?* ». Education permanente n°156/2003-3. pp 55-66.
- LHUILIER D, WASER AM. Mars 2019. « *Travailler avec une santé altérée. Comment prévenir la désinsertion professionnelle ?* ». Références en santé mentale n°157. pp 63-77.

Liste des annexes

- Annexe 1 : Guide d'entretien directeur II
- Annexe 2 : Guide d'entretien encadrement III
- Annexe 3 : Guide d'entretien personnel soignant IV
- Annexe 4 : Guide d'entretien responsable de formation continue V

Annexe 1

Guide d'entretien Directeur

Expérience professionnelle

- Pouvez-vous me décrire votre parcours professionnel ?

Prévention de l'inaptitude

- Pouvez-vous me définir en quoi consiste la prévention de l'inaptitude ?
- Pouvez-vous me décrire la politique menée dans le cadre de la prévention de l'inaptitude ? (document unique – parcours professionnels)
 - o Existe-t-il une politique de la prévention de l'inaptitude au sein de la direction commune ?
 - o Au sein du GHT ?
- Quels sont les différents acteurs de la prévention de l'inaptitude ? Leurs rôles ?
- Comment envisagez-vous les liens avec la direction des soins ?

Gestion de l'inaptitude

- Pouvez-vous me définir en quoi consiste la gestion de l'inaptitude ?
- Pouvez-vous me décrire la politique menée au sein de l'établissement ?
 - o De la direction commune ?
 - o Du GHT ?
- Quels sont les acteurs de la gestion de l'inaptitude ? Leurs rôles ?
- Comment envisagez-vous les liens avec la direction des soins ? (inversement DRH)

L'accompagnement des agents présentant une restriction médicale

- Combien d'agents présentent des restrictions médicales ?
- Combien d'agents sont en mi-temps thérapeutique ?
- Comment accompagnez-vous les agents ?
 - o Quelles sont vos difficultés pour accompagner ces agents ?
 - o Avez-vous des leviers pour les accompagner ?

La prévention de la désinsertion professionnelle

- Comment envisagez-vous le politique de maintien en emploi ?
- Comment accompagnez-vous la réinsertion professionnelle ?
- La construction de parcours professionnels pour limiter la désinsertion professionnelle : qu'en pensez-vous ?
 - o Quels sont les freins ?
 - o Quels sont les leviers ? Sur qui s'appuyer ? GHT ?
- Quel est pour vous le rôle de la direction des soins dans la prévention de la désinsertion professionnelle ?

Avez-vous des remarques complémentaires sur ce thème ?

Annexe 2

Guide d'entretien encadrement

Expérience professionnelle

- Pouvez-vous me décrire votre parcours professionnel ?
- Pouvez-vous me décrire votre pôle ou service ?

Prévention de l'inaptitude

- Pouvez-vous me définir en quoi consiste la prévention de l'inaptitude ?
- Pouvez-vous me décrire les actions menées dans le cadre de la prévention de l'inaptitude ? (document unique – parcours professionnels)
- Quel dispositif mettez-vous en place quand vous détectez un agent en difficulté présentant un problème de santé ?
- Quels sont les différents acteurs de la prévention de l'inaptitude ? Leurs rôles ?
- Comment envisagez-vous les liens avec la direction des soins ?

Gestion de l'inaptitude

- Pouvez-vous me définir en quoi consiste la gestion de l'inaptitude ?
- Pouvez-vous me décrire les actions menées au sein du pôle et de l'établissement ?
- Quels sont les acteurs de la gestion de l'inaptitude ? Leurs rôles ?
- Comment envisagez-vous les liens avec la direction des soins ?

L'accompagnement des agents présentant une restriction médicale au sein des services

- Combien d'agents au sein du pôle présentent des restrictions médicales ?
- Combien d'agents au sein du pôle sont en mi-temps thérapeutique ?
- Comment accompagnez-vous les agents ?
 - o Quelles sont vos difficultés pour accompagner ces agents ?
 - o Avez-vous des leviers pour les accompagner ?

La prévention de la désinsertion professionnelle

- Comment accompagnez-vous les agents en réinsertion professionnelle ?
- La détection des potentiels pour accompagner les agents : qu'en pensez-vous ?
- La construction de parcours professionnels pour limiter la désinsertion professionnelle : qu'en pensez-vous ?
 - o Quels sont les freins ?
 - o Quels sont les leviers ? Sur qui s'appuyer ? GHT ?
- Quel est votre rôle dans la prévention de la désinsertion professionnelle ?
- Quel est le rôle de la direction des soins dans la prévention de la désinsertion professionnelle ?
- Comment imaginez-vous le politique de maintien en emploi ?

Avez-vous des remarques complémentaires sur ce thème ?

Annexe 3
Guide d'entretien
Personnel soignant présentant une restriction médicale

Expérience professionnelle

- Pouvez-vous me décrire votre parcours professionnel ?
- Pouvez-vous me décrire votre service ?

Prévention de l'inaptitude

- A quel moment avez-vous commencé à éprouver des difficultés pour assurer votre activité ?
- En avez-vous parlé à votre cadre ? A vos collègues ?
- Avez-vous été voir le médecin du travail ?

Gestion de l'inaptitude

- Qu'avez-vous ressenti quand le médecin du travail vous a notifié des restrictions médicales ?
- Comment l'hôpital vous a accompagné ?

L'accompagnement des agents présentant une restriction médicale au sein des services

- Comment s'est passé votre retour dans l'établissement ?
- Aviez-vous des attentes concernant votre cadre ?

La prévention de la désinsertion professionnelle

- La construction de parcours professionnels pour limiter la désinsertion professionnelle : qu'en pensez-vous ?
- Comment imaginez-vous le politique de maintien en emploi ?

Avez-vous des remarques complémentaires sur ce thème ?

Annexe 4

Guide d'entretien responsable de formation continue

Expérience professionnelle

- Pouvez-vous me décrire votre parcours professionnel ?
- Pouvez-vous me décrire le plan de formation continue ? (dispositif et budget)

Prévention de l'inaptitude

- Pouvez-vous me définir en quoi consiste la prévention de l'inaptitude ?
- Pouvez-vous me décrire les actions menées dans le cadre de la prévention de l'inaptitude ? (document unique – parcours professionnels)
- Quels sont les différents acteurs de la prévention de l'inaptitude ?
- Comment envisagez-vous les liens avec la direction des soins ?

Gestion de l'inaptitude

- Pouvez-vous me définir en quoi consiste la gestion de l'inaptitude ?
- Pouvez-vous me décrire les actions menées au sein de l'établissement ?
- Quels sont les acteurs de la gestion de l'inaptitude ?
- Comment envisagez-vous les liens avec la direction des soins ?

L'accompagnement des agents présentant une restriction médicale

- Combien d'agents au sein de l'établissement présentent des restrictions médicales ?
- Combien d'agents au sein de l'établissement sont en mi-temps thérapeutique ?
- Comment accompagnez-vous ces agents.
 - o Quelles sont vos difficultés pour accompagner ces agents ?
 - o Avez-vous des leviers pour les accompagner ?

La prévention de la désinsertion professionnelle

- Comment accompagnez-vous les agents en réinsertion professionnelle ?
- La construction de parcours professionnels pour limiter la désinsertion professionnelle : qu'en pensez-vous ?
 - o Quels sont les freins ?
 - o Quels sont les leviers ? Sur qui s'appuyer ? GHT ?
- Quel est pour vous le rôle de la direction des soins dans la prévention de la désinsertion professionnelle ?
- Comment imaginez-vous le politique de maintien en emploi ?

Avez-vous des remarques complémentaires sur ce thème ?

PHAN

Nadine

Décembre 2019

DIRECTEUR DES SOINS

Promotion 2019

La prévention de la désinsertion professionnelle : un défi à relever pour le directeur des soins en collaboration avec le DRH

Résumé :

La prévention de la désinsertion professionnelle est un problème de santé publique avec des enjeux économiques, sociaux et humains. Le directeur des soins et le directeur des ressources humaines sont les deux directeurs portant cette politique au sein de l'établissement de santé.

La prévention de la désinsertion professionnelle intègre les 3 niveaux de prévention : primaire en prévenant la pénibilité et l'usure professionnelle, secondaire en traitant l'inaptitude et tertiaire en accompagnant la réinsertion professionnelle.

L'enquête a montré que les leviers d'une démarche de prévention de la désinsertion professionnelle réussie reposent sur une volonté politique de l'établissement, l'intégration de la thématique de la désinsertion professionnelle dans le projet social et le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, une coordination des acteurs, un accompagnement des cadres de santé, une formalisation de la démarche de réinsertion professionnelle, et une collaboration renforcée des acteurs.

Prendre soin des personnels est gage de qualité des soins et de prises en charge des patients.

La prévention de la désinsertion professionnelle est un des leviers pour accroître la performance de l'établissement de santé et améliorer la qualité du service rendu au patient.

Mots clés :

Prévention de la désinsertion professionnelle, maintien dans l'emploi, inaptitude, parcours professionnel, usure professionnelle, document unique, directeur des soins, cadre de santé, réinsertion professionnelle

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