



Directrice d'Hôpital

Promotion : **2024 -2025**

Date du Jury : **Octobre 2025**

Transformer l'inaptitude en opportunité : la Période de Préparation au Reclassement comme catalyseur de changement à l'hôpital

Mémoire Universitaire

Nathalie LAUVERGEON

Remerciements

En premier lieu, je tiens à remercier Mr Montagne Jean Luc, Directeur de l'hôpital de proximité d'Uzès sans qui cette belle parenthèse professionnelle n'aurait pas été possible. Son soutien, sa confiance m'ont permis d'organiser les conditions de ma réussite.

Ensuite, l'équipe de direction du Centre Hospitalier de Montfavet, ainsi que l'ensemble des professionnels avec lesquels j'ai eu l'opportunité de collaborer, d'échanger et de mener des projets enrichissants. Je suis particulièrement reconnaissante envers Mme Piquemal-Ratouit Marie-Laure, Directrice Générale, pour le temps et la confiance qu'elle m'a accordée ainsi que la qualité de nos échanges tout au long du stage de direction.

De plus, je remercie chaleureusement M. Antoine Lerat et Mme Annie Boivin, qui m'ont accueillie lors de mon stage extérieur chez TESIS. Leurs échanges éclairants et inspirants m'ont permis de nourrir ma réflexion et de questionner en profondeur les modèles managériaux existants à l'hôpital. Ces rencontres ont joué un rôle clé dans la construction de la vision professionnelle et humaine que je souhaite porter en tant que directrice ainsi que dans les valeurs que j'aspire à incarner.

Par ailleurs, ce mémoire marque l'aboutissement d'un parcours exigeant, tant sur le plan professionnel que personnel. Il n'aurait pu voir le jour sans le soutien indéfectible de ma famille à qui je tiens à exprimer toute ma gratitude.

En premier lieu, à Jean Mi, mon mari, dont la patience, la bienveillance et les encouragements constants ont été une source précieuse de force et de sérénité. Merci d'avoir cru en moi et d'avoir su alléger le quotidien pour me permettre de me consacrer pleinement à ce projet.

La présence joyeuse, de mes enfants et petits-enfants, leurs sourires et leur compréhension face à mes absences ont été un moteur silencieux mais puissant. Ils m'ont rappelé, chaque jour, l'importance de l'équilibre entre engagement professionnel et vie familiale.

Je dédie également ces lignes, à celles et ceux qui, comme moi, ont choisi de se challenger professionnellement après 50 ans. Preuves, s'il en faut, qu'il n'y a pas d'âge pour se former, pour évoluer, pour croire en ses capacités.

Et enfin, aux collègues EDH et ED3S qui ont participé pleinement à mon épanouissement aussi bien professionnel que personnel au cours de ces deux années.

Sommaire

Introduction.....	5
Choix de la thématique et méthodologie :	9
PARTIE 1 : L'inaptitude au travail dans la fonction publique hospitalière : une reconnaissance statutaire encadrée par le Code Général de la Fonction Publique	12
1.1 Un dispositif complexe qui vise la protection des fonctionnaires hospitaliers.....	12
1.1.1 L'appréciation et la qualification de l'inaptitude demeure complexe.....	12
1.1.2 Une obligation de reclassement encadrée et progressive	13
1.1.3 Une logique de co-construction des parcours.....	14
1.2 Une pluralité d'acteurs mobilisé à l'échelle de l'établissement.....	15
1.2.1 La direction de l'établissement : un rôle pivot entre obligation statutaire et gestion des ressources humaines	15
1.2.2 Instances médicales : tiers neutres du reclassement	16
1.2.3 L'agent lui-même : un acteur désormais reconnu du processus	17
1.2.4 Reclassement : entre logique médicale, administrative et humaine.....	17
PARTIE 2 : Comprendre pour mieux agir sur les causes de l'inaptitude dans la FPH.....	19
2.1 L'usure professionnelle : entre contraintes physiques et fatigue morale.....	19
2.1.1 Le poids des conditions de travail hospitalières.....	20
2.1.2 Les nouvelles technologies : un facteur émergent de stress au travail	20
2.1.3 Les vulnérabilités individuelles face à l'environnement professionnel.....	21
2.2 Une prévention encore marginale face aux enjeux RH majeurs	22
2.2.1 Une prévention en décalage avec les réalités du terrain hospitalier	22
2.2.2 De nombreux dispositifs susceptibles de soutenir la prévention	23
2.3 Vers une transformation des pratiques managériales au service de la prévention.....	25
2.3.1 Dépasser les blocages structurels pour mieux prévenir l'inaptitude.....	25
2.3.2 Instaurer une culture du dialogue et de la confiance managériale	26
2.3.3 Intégrer la reconnaissance des signaux faibles dans les pratiques d'encadrement	27
2.3.4 Le reclassement en sureffectif : une réponse administrative aux effets ambigus	
28	
PARTIE 3 : Vers une politique RH inclusive : la PPR comme levier de transformation	29
3.1 La PPR : entre cadre réglementaire contraignant et opportunité d'implication pour l'agent.....	29
3.1.1 Une vocation d'accompagnement structuré.....	29
3.1.2 Des outils mobilisables pour sécuriser le parcours	30
3.1.3 Une coordination stratégique des acteurs du reclassement	31
3.1.4 Créer les conditions favorables à l'implication de l'agent.....	32

3.2	De la « réparation » à la « reconnaissance », un changement de paradigme	33
3.2.1	L'impact personnel de l'inaptitude dans la FPH	33
3.2.2	Favoriser l'auto détermination dans les parcours de reclassement	35
3.2.3	Identifier et valoriser les compétences transférables	35
3.2.4	Faire évoluer les représentations : de la stigmatisation à l'inclusion	36
PARTIE 4 : Conditions de réussite et recommandations pour une politique RH durable et inclusive		37
4.1	Les leviers d'une mise en œuvre efficace de la PPR	37
4.1.1	Une gouvernance RH structurée et un pilotage stratégique du dispositif	37
4.1.2	Une coopération interservices renforcée et un suivi individualisé des parcours	39
4.1.3	Une évaluation qualitative.....	39
4.2	Vers une culture de l'inclusion dans la fonction publique hospitalière	40
4.2.1	Intégrer la PPR dans la politique QVCT et capitaliser sur les expériences réussies	40
4.2.2	Promouvoir une approche inclusive du management	40
4.3	Empowerment et dynamiques de reclassement : une réponse graduée aux besoins et capacités des agents.....	41
4.3.1	Le référent : un appui précoce et personnalisé pour initier le parcours de reclassement	42
4.3.2	La Pair Aidance comme outil de reconnaissance et de projection	42
4.3.3	Le coaching professionnel	43
4.3.4	L'outplacement dans la FPH – Un levier innovant pour le reclassement.....	44
4.4	Recommandations pour une politique RH durable et humaine	45
AXE 1 : Renforcer les compétences et les postures des acteurs du reclassement ...		45
AXE 2 : Structurer une gouvernance du reclassement.....		47
AXE 3 : Expérimenter des approches structurées et innovantes d'accompagnement		50
CONCLUSION		52
Bibliographie		I
Liste des annexes		I

Liste des sigles utilisés

ANFH : Association Nationale pour la Formation Hospitalière

ARS : Agence Régionale de Santé

ATIH : Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation

BDS : Base de Données Sociales

CAE : Cellule d'Adéquation à l'Emploi

CEDIP : Centre Ministériel de Valorisation des Ressources Humaines

CGFP : Code Général de la Fonction Publique

CH : Centre Hospitalier

CLACT : Contrat Local d'Amélioration des Conditions de Travail

CLD : Congé de Longue Durée

CLM : Congé de Longue Maladie

CNG : Centre National de Gestion

CNRACL : Caisse Nationale de Retraite des Agents des Collectivités Locales

CREPA : Commission de Reclassement et des Postes Aménagés

DITP : Direction Interministérielle de la Transformation Publique

DRH : Direction des Ressources Humaines

DUERP : Document Unique d'Évaluation des Risques Professionnels

EHESP : École des Hautes Études en Santé Publique

EPSM : Établissement Public de Santé Mentale

FHF : Fédération Hospitalière de France

FIPHFP : Fonds pour l'Insertion des Personnes Handicapées dans la Fonction Publique

FPH : Fonction Publique Hospitalière

GHT : Groupement Hospitalier de Territoire

GPMC : Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences

HAS : Haute Autorité de Santé

INRS : Institut National de Recherche et de Sécurité

MNH : Mutuelle Nationale des Hospitaliers

PMSP : Période de Mise en Situation Professionnelle

PPR : Période de Préparation au Reclassement

QVT : Qualité de Vie au Travail

QVCT : Qualité de Vie et Conditions de Travail

RQTH : Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé

RPS : Risques Psychosociaux

RSU : Rapport Social Unique

T2A : Tarification à l'Activité

TMS : Troubles Musculo-Squelettiques

« La différence est infiniment petite entre un régime du travail qui ouvre aux hommes la beauté du monde et un autre qui la ferme. Mais cet infiniment petit est réel »

Simone Weil

Introduction

"Transformer les contraintes en opportunités, c'est le propre d'une organisation humaine."

Michel Crozier

En avril 2021, dans le cadre de la deuxième phase du Ségur de la santé, le gouvernement affichait clairement son ambition : « reconnaître l'engagement des soignants paramédicaux et susciter des vocations ». Après une revalorisation des carrières historique, l'hôpital public demeure aujourd'hui confronté à un double enjeu : maintenir un haut niveau de qualité des soins tout en préservant la santé physique et l'engagement de ses professionnels.

Malgré l'évolution des métiers et la multiplication des politiques d'attractivité et de fidélisation, les mesures mises en œuvre peinent à produire les effets escomptés. Par ailleurs, dans un contexte où les difficultés de recrutement touchent désormais l'ensemble des métiers hospitaliers, la recherche constante d'excellence génère une pression accrue sur les agents. Cette pression, à la fois physique et mentale, est largement confirmée par les résultats des enquêtes sociales, qui révèlent un malaise croissant : manque de reconnaissance, perte de sens, désengagement, fatigue morale.

Dans ce contexte de tension en ressources humaines, la question du maintien dans l'emploi des agents fragilisés devient centrale. Comment valoriser les compétences des professionnels reconnus inaptes ? Comment accompagner dignement un agent dont l'état de santé ne permet plus l'exercice de ses fonctions ? Et surtout, comment éviter que l'inaptitude ne soit perçue comme une mise à l'écart ou un échec ?

Le reclassement constitue une réponse statutaire à ces situations. Mais au-delà de l'obligation légale, il s'agit de repenser profondément les pratiques managériales et la culture institutionnelle pour construire des parcours professionnels plus inclusifs.

L'adage du cordonnier qui serait le moins bien chaussé, vaudrait-il pour l'hôpital ? Les professionnels qui y exercent seraient-ils les « moins bien » soignés ? En considérant ici le terme « soigné » comme « prendre soin », cette expression interroge la manière dont les établissements publics de santé prennent soin de leurs professionnels. Les premières préoccupations institutionnelles autour du stress au travail, du burn-out et des conditions de travail dégradées émergent dans les établissements hospitaliers dans les années 2000 suite aux réformes successives (T2A, GHT, certifications) qui modifient profondément les organisations, générant une intensification du travail et une perte de sens pour de nombreux professionnels. Ainsi, la prise en compte des risques psycho-sociaux se retrouvera dans les

démarches Qualité de Vie au Travail (QVT) à partir de 2017 puis Qualité de Vie et Conditions de Travail (QVCT) à partir de 2022.

Depuis, les établissements rivalisent d'imagination pour attirer et garder « les talents » à coups de démarches QVCT de plus en plus innovantes ou d'appels à projets ayant vocation à améliorer le bien-être des professionnels. Le ton est donné du côté des Agences Régionales de Santé (ARS), elles-mêmes, qui proposent un appel à projet intitulé « Prendre soin de ceux qui soignent ! ». Pour autant, ces démarches visent l'attractivité et la fidélisation essentiellement, les notions de prévention des risques ou de maintien dans l'emploi ne sont jamais explicitement ciblées alors même que le contexte d'allongement des carrières rend cette question essentielle.

En effet, les conditions de départ à la retraite dans la FPH ont évolué au fil des réformes vers un allongement significatif de la durée des carrières. Avant 2003, les agents dits « sédentaires » pouvaient faire valoir leur droit à 60 ans, et ceux en « catégorie active » — exposés à des risques ou fatigues exceptionnelles — à 55 ans. Certaines situations permettaient même un départ anticipé sans condition d'âge, comme pour les parents de trois enfants.

Depuis 2021, la limite d'âge pour les agents de catégorie active est fixée à 62 ans. Cette évolution soulève des interrogations sur la pertinence des critères définissant les catégories « actives » et « sédentaires ». En effet, la distinction repose sur la notion d'usure prématurée liée aux conditions de travail, mais les critères d'évaluation restent flous et peu objectivés. L'exemple du reclassement statutaire des infirmières en 2012 illustre cette ambiguïté : leur passage en catégorie A s'est accompagné d'un reclassement en catégorie sédentaire, sans modification notable de leurs conditions de travail. Cette décision a supprimé leur droit au départ anticipé, alors même que les contraintes physiques et psychiques de leur métier demeuraient inchangées.

Ce glissement statutaire, déconnecté de la réalité du terrain, interroge la cohérence des politiques publiques en matière de prévention de l'usure professionnelle. Il met en lumière la nécessité d'un accompagnement renforcé des agents en fin de carrière, notamment ceux exposés à des risques d'inaptitude liés à la pénibilité de leur poste.

Des carrières plus longues et des conditions de travail souvent génératrices d'usure professionnelle invitent à s'intéresser encore davantage à l'accompagnement des agents qui rencontrent un problème de santé impactant leurs capacités professionnelles.

C'est pourquoi, si nous admettons que l'hôpital public doivent répondre au défi de maintenir un haut niveau de qualité et d'innovation dans les soins, et pour cela veiller à fidéliser et attirer les talents, il est nécessaire également de développer un accompagnement digne et respectueux des parcours individuels des professionnels qui se heurtent à des problématiques d'inaptitudes.

Le reclassement des agents reconnu inapte est une obligation pour les établissements, depuis le Décret n°89-376 du 8 juin 1989 pour autant trop souvent perçue comme une rupture ou un échec, l'inaptitude reste stigmatisée, tant par les agents concernés que par l'institution elle-même. C'est pourquoi, les situations d'inaptitude physique ou psychique au travail, en augmentation, interrogent profondément les pratiques managériales et les politiques de ressources humaines.

Il convient de souligner une confusion fréquente dans les établissements hospitaliers autour du terme « reclassement ». Celui-ci est souvent utilisé pour désigner des réaffectations temporaires, des aménagements de poste ou des affectations en sureffectif, alors qu'il ne s'agit pas de reclassement au sens statutaire du terme. Le reclassement, tel que défini par le Code général de la fonction publique, implique un changement de corps ou de cadre d'emplois, accompagné d'une procédure formalisée et d'une évaluation médicale. Cette confusion sémantique peut nuire à la compréhension des droits des agents et à la structuration des politiques RH en matière d'inaptitude.

Depuis 2021, par décret, la période de préparation au reclassement (PPR) s'impose aux établissements publics de santé comme un dispositif d'accompagnement permettant d'améliorer le reclassement. La PPR vise à offrir aux agents déclarés inaptes un temps de réflexion, de formation et d'expérimentation professionnelle, afin de favoriser leur maintien dans l'emploi. Pourtant, sa mise en œuvre reste encore hétérogène, parfois réduite à une formalité administrative, faute d'une véritable stratégie RH inclusive.

Ce dispositif, encore trop souvent méconnu ou sous-utilisé, offre pourtant une opportunité précieuse : celle de transformer le regard porté sur l'inaptitude, non plus comme une fin de parcours, mais comme un moment de transition, de réflexion et de reconstruction professionnelle. En intégrant la PPR dans une politique de ressources humaines inclusive, les établissements peuvent non seulement accompagner dignement leurs agents en difficulté, mais aussi valoriser les compétences, favoriser la mobilité interne et renforcer la cohésion des équipes.

Problématique :

C'est pourquoi, ce mémoire s'attache à analyser les conditions de mise en œuvre de la période de préparation au reclassement dans la fonction publique hospitalière, en interrogeant son potentiel transformateur. Peut-elle devenir un outil au service d'une gestion plus humaine et inclusive des ressources humaines à l'hôpital ? Comment dépasser la logique de réparation pour construire une véritable dynamique de reclassement ? Autant de questions qui guideront notre réflexion, à la croisée des enjeux sociaux, organisationnels et éthiques.

Dès lors, une question centrale se pose : comment la mise en œuvre effective et qualitative de la période de préparation au reclassement peut-elle devenir un levier pour transformer le regard porté sur l'inaptitude au travail dans la fonction publique hospitalière ? Peut-elle contribuer à faire évoluer les représentations, à valoriser les parcours professionnels atypiques et à inscrire l'hôpital dans une dynamique managériale valorisante et inclusive ?

Ce questionnaire invite à explorer les conditions de réussite de la PPR : l'implication des acteurs, la coordination avec les services de santé au travail, la mobilisation des dispositifs de formation, mais aussi la posture managériale et la culture institutionnelle. Il s'agit, en somme, de dépasser une logique de gestion des risques pour construire une politique RH fondée sur la reconnaissance des compétences, la prévention de l'usure professionnelle et l'inclusion durable des agents.

Ce mémoire s'articule en quatre parties, qui permettent d'aborder la Période de Préparation au Reclassement (PPR) à la fois sous l'angle réglementaire, opérationnel et stratégique.

La première partie pose les fondements théoriques et juridiques du reclassement dans la fonction publique hospitalière, en précisant le cadre d'application de la PPR et les obligations qui en découlent pour les établissements.

La deuxième partie s'attache à analyser les modalités concrètes de mise en œuvre de la PPR dans les établissements publics de santé, à partir d'une enquête menée auprès de professionnels de terrain et d'entretiens semi-directifs. Cette analyse met en lumière les écarts entre le cadre prescrit et les pratiques observées, ainsi que les freins institutionnels et culturels rencontrés.

La troisième partie propose des pistes d'amélioration pour renforcer l'appropriation et l'efficacité du dispositif. Elle s'appuie sur les bonnes pratiques identifiées, les retours d'expérience recueillis et les leviers d'action mobilisables à l'échelle locale. Enfin, la quatrième partie élargit la réflexion en formulant des recommandations pour inscrire la PPR dans une politique RH plus inclusive, fondée sur la prévention de l'usure professionnelle, la reconnaissance des parcours et le développement du pouvoir d'agir des agents concernés.

Choix de la thématique et méthodologie :

J'ai effectué mes stages de découverte et de direction au sein du Centre Hospitalier de Montfavet, Établissement Public de Santé Mentale (EPSM) du Vaucluse. Intégrée à la direction des Ressources Humaines, j'ai été confrontée à plusieurs situations liées à l'inaptitude et au reclassement des agents.

Dès les premières semaines, j'ai eu l'opportunité de participer à l'accompagnement de deux professionnels accueillis dans le service dans le cadre de leur période de préparation au reclassement (PPR). Cette expérience concrète a éveillé mon intérêt pour les enjeux juridiques du reclassement, notamment à la lumière des évolutions récentes du cadre réglementaire.

Parallèlement, j'ai participé au groupe de travail pour le renouvellement de la convention avec le Fond d'Insertion des Personnes Handicapées dans la Fonction Publique (FIPHFP). Les temps d'échanges et de travail pour la mise en œuvre de la politique handicap de l'établissement ont accentué mon questionnement en matière de politiques sociales. En effet, la convention FIPHFP prévoit dans son plan d'action un objectif de recrutement de 4 personnes en situation de handicap, idéalement par la voie de l'apprentissage. Outre le financement, la convention préconise la mise en œuvre de partenariats avec les acteurs locaux du secteur handicap afin d'atteindre cet objectif sur la durée de la convention c'est à dire 3 ans.

Pourtant, l'établissement répond déjà depuis plusieurs années à ses obligations en matière de taux d'emploi d'agents en situation de handicap avec un taux supérieur à 9%.

La situation m'a paru, en première lecture, difficilement compréhensible. En effet, d'un côté, le service des ressources humaines fait face à de grandes difficultés pour trouver des solutions de reclassement aux agents reconnus inaptes en interne, pendant que de l'autre côté nous élaborons une stratégie de recrutement externe pour des personnes en situation de handicap.

Mon étonnement n'était pas lié à la démarche relative au handicap, mais au fait que le même niveau de structuration ne soit pas déployé pour les professionnels reconnus inaptes dans l'établissement. Pourquoi recruter en externe des professionnels que nous pourrions sans doute former et reclasser en interne ?

Ce constat m'a amené à m'intéresser à cette thématique au niveau de l'EPSM mais également de façon plus large en interrogeant d'autres établissements. L'observation du fonctionnement, et la participation à plusieurs réunions de la cellule d'adéquation à l'emploi

(CAE) m'ont permis de mieux comprendre les enjeux, le circuit décisionnel ainsi que le rôle des différentes parties prenantes du reclassement. Dans l'établissement, les situations individuelles sont suivies sur un tableau Excel qui est mis à jour lors de la CAE.

Je me suis intéressée également de façon précise à l'accompagnement et au parcours des personnes en cours de période de préparation au reclassement (PPR) au sein de l'établissement. Il s'est avéré que plusieurs professionnels en cours de PPR n'avaient ni signé de projet, ni bénéficié de suivi, d'autres étaient simplement réaffectés sur un autre poste, parfois en sureffectif dans une unité sans proposition de PPR. Au sein même du service des ressources humaines, les deux agents que nous avons accueilli dans le cadre de leur PPR n'ont pas bénéficié d'un réel accompagnement. La découverte des métiers administratifs ne semblant être qu'un prétexte, l'une avait en réalité négocié une rupture conventionnelle avec la DRH et attendait son départ, l'autre occupait le poste d'accueil d'un agent en arrêt maladie sans formation concrète ou projet.

C'est après plusieurs entretiens avec certains de ces agents déclarés inaptés à leur poste, avec des cadres supérieurs de santé et des médecins chefs de pôle de l'établissement que j'ai pris toute la mesure du décalage entre le vécu individuel, les attentes des agents et la gestion de ces situations par le service RH et plus largement par les managers de l'hôpital.

En portant mon regard sur les professionnels en situation de reclassement j'ai souhaité interroger les pratiques actuelles de l'hôpital en matière de gestion de l'inaptitude en lien avec l'obligation pour l'établissement de proposer une période de préparation au reclassement.

Méthodologie :

La méthodologie adoptée pour réaliser ce mémoire repose sur une approche mixte, combinant des méthodes quantitatives et qualitatives. Un questionnaire a été diffusé début juin auprès des directeurs de ressources humaines et encadrants de différents types d'établissements publics de santé dans plusieurs régions de France afin de disposer d'éléments comparatifs. Ce questionnaire visait à recueillir des données à la fois sur le niveau de structuration du processus de reclassement et sur les représentations des managers hospitaliers envers le reclassement. Il a s'agit également de mesurer le niveau d'appropriation et la mise en œuvre du dispositif PPR dans ces différents établissements. J'ai pu recueillir 47 réponses concernant 18 établissements dans 6 régions différentes. Début juillet, j'ai diffusé un deuxième questionnaire à l'attention de l'ensemble des agents de mon terrain de stage afin de recueillir les attentes des professionnels de santé, technique

et administratif en matière d'accompagnement des situations d'inaptitudes vis-à-vis de leur établissement. J'ai recueilli 241 réponses toutes filières confondues.

Parallèlement, j'ai mené trois entretiens semi-directifs. Le premier avec la référente handicap, Mme D.N responsable de la mise en œuvre de la convention FIPHFP et de la politique handicap dans l'établissement (Entretien N°1), le second avec Mme D.M cadre supérieur de santé à la direction des soins (Entretien N°2). Pour le dernier, j'ai interrogé Mme MEB cadre paramédical de pôle (Entretien N°3). Les 5 entretiens formels que j'ai mené dans le cadre de suivi d'agents reclassés ou en cours de reclassement nourriront également ce travail.

Une revue de littérature complète ces éléments en apportant un éclairage réglementaire principalement tant les données consolidées propres à la FPH sont pauvres dans ce domaine.

PARTIE 1 : L'inaptitude au travail dans la fonction publique hospitalière : une reconnaissance statutaire encadrée par le Code Général de la Fonction Publique

L'inaptitude d'un agent public hospitalier à exercer ses fonctions, lorsqu'elle résulte d'une altération de son état de santé, est aujourd'hui pleinement encadrée par le Code général de la fonction publique¹ (CGFP). Ce cadre juridique marque une évolution notable dans la manière dont l'administration doit prendre en charge les situations de fragilité professionnelle. Conçu pour être protecteur pour l'agent sa mise en œuvre reste complexe et peut varier d'un établissement à l'autre, notamment en termes de d'accompagnement.

1.1 Un dispositif complexe qui vise la protection des fonctionnaires hospitaliers

Lorsque le travail et ses conditions ne sont plus tenables, le dispositif d'inaptitude permet aux professionnels à la santé fragilisée de s'en extraire. Ils peuvent ainsi se protéger au moins temporairement, de la pénibilité de leur travail tout en bénéficiant d'un droit à reclassement professionnel.

1.1.1 L'appréciation et la qualification de l'inaptitude demeure complexe

La qualification de l'inaptitude constitue une étape essentielle dans le processus de reclassement et doit permettre de définir les orientations les plus adaptées à chaque situation. En effet, l'inaptitude peut revêtir plusieurs formes : temporaire ou définitive, partielle (au poste ou aux emplois du grade dans l'établissement), ou globale et absolue, entraînant alors une radiation des cadres pour invalidité avec la possibilité, selon l'avancée dans la carrière, du versement anticipé de la pension de retraite.

L'inaptitude est généralement constatée à l'issue d'un congé maladie ordinaire (CMO), d'un congé de longue maladie (CLM), de longue durée (CLD) ou d'un congé pour invalidité temporaire imputable au service (CITIS). Si l'agent est déclaré inapte avec possibilité d'aménagement de poste, il peut être réaffecté sur un poste adapté ou sur un autre emploi correspondant à son grade.

Dans le cas d'une inaptitude temporaire à toutes fonctions, et lorsque les droits à congé maladie sont épuisés, l'agent est placé en disponibilité d'office. Cette décision, qui doit être motivée, ouvre droit aux prestations en espèces de la sécurité sociale.

Lorsque l'inaptitude concerne uniquement les fonctions exercées, l'établissement est tenu de proposer un reclassement. Depuis 2022, l'article L826-3 du Code général de la fonction publique ouvre la possibilité pour les établissements d'engager un reclassement sans

¹ *Code général de la fonction publique*, Livre VIII : Prévention et protection en matière de santé et de sécurité au travail, Titre II, Chapitre VI : Prise en charge de l'inaptitude de l'agent public à exercer ses fonctions (Articles L826-1 à L826-30).

demande préalable de l'agent : « *Le reclassement est subordonné à la présentation d'une demande par l'intéressé. Par dérogation, la procédure de reclassement peut être engagée en l'absence de demande de l'intéressé qui dispose, dans ce cas, de voies de recours.* »

Dans la FPH, cette obligation de reclassement n'est pas toujours structurée, alors même qu'elle répond à un cadre réglementaire clair. Certaines pratiques en témoignent, l'enquête réalisé dans le cadre de ce mémoire révèle par exemple que plus de 91% des répondants ont recours au sur-effectif, soit 15 établissements sur les 18 interrogés. De plus, il s'avère que ces affectations ne sont pas toujours suivies des modifications statutaires associées. Par exemple, la situation d'un aide-soignant reconnu inapte définitivement à ses fonctions, puis réaffecté sur un poste administratif sans modification statutaire. Celui-ci continue à bénéficier de sujétions et de conditions associées à la catégorie active reconnu aux aides-soignants qui pourtant ne correspondent plus aux fonctions occupés.

Parmi les 13 DRH ayant répondu au questionnaire, 11 considèrent que le reclassement est un défi pour l'établissement tandis que 2 seulement le qualifie d'opportunité, par ailleurs 7 DRH considèrent le reclassement comme difficile à mettre en œuvre, voire impossible pour l'un d'entre eux.

Face à ces constats, le législateur a souhaité encadrer davantage l'obligation de reclassement, en privilégiant l'adaptation du poste comme première réponse à l'inaptitude.

1.1.2 Une obligation de reclassement encadrée et progressive

L'article L826-1 du CGFP dispose que « lorsqu'un fonctionnaire est reconnu inapte à l'exercice de ses fonctions par suite de l'altération de son état de santé, son poste de travail fait l'objet d'une adaptation, lorsque cela est possible ». Cette formulation, qui remplace les anciennes distinctions entre « inaptitude au poste » et « inaptitude à la fonction », recentre l'analyse sur la capacité à exercer les fonctions confiées, tout en introduisant une obligation d'aménagement du poste par l'employeur public.

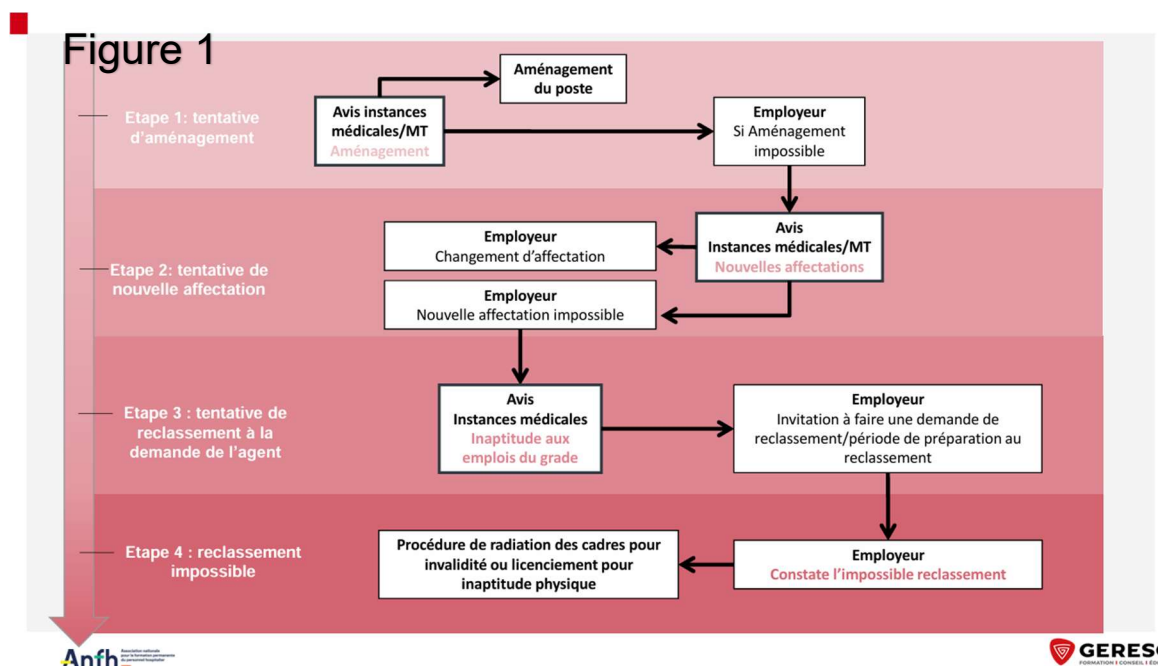
Cette évolution traduit une volonté de préserver l'emploi de l'agent dans la mesure du possible, en privilégiant l'adaptation avant toute autre mesure. Elle s'inscrit dans une logique de maintien dans l'emploi, en cohérence avec les principes de prévention des risques professionnels et de non-discrimination fondée sur l'état de santé². L'administration est ainsi tenue d'examiner les possibilités d'aménagements techniques, organisationnels ou fonctionnels, en lien avec le service de santé au travail.

Ce n'est que lorsque l'adaptation du poste s'avère impossible ou insuffisante que s'applique l'article L826-3 qui précise que l'agent peut être reclassé dans un autre emploi d'un autre corps ou cadre d'emplois. Ce reclassement constitue une obligation pour l'administration, qui doit rechercher activement des solutions, en priorité dans l'établissement d'origine, puis

².Code général de la fonction publique, Article **L131-1** :

« *Aucun agent public ne peut faire l'objet d'une mesure discriminatoire, directe ou indirecte, notamment en raison de son état de santé ou de son handicap.* »

dans d'autres structures publiques. Ce reclassement est conditionné à la capacité de l'agent à exercer les nouvelles fonctions, ce qui implique une évaluation médicale préalable. Le texte précise que le reclassement peut être réalisé par intégration ou détachement (article L826-4), et qu'il peut être engagé soit à la demande de l'agent, soit à l'initiative de l'administration, ce dernier conservant toutefois des voies de recours. Cette évolution législative traduit une volonté de renforcer la responsabilité de l'employeur public dans la gestion des parcours professionnels, tout en reconnaissant la nécessité d'une implication active de l'agent dans la construction de son projet de reclassement.



1.1.3 Une logique de co-construction des parcours

Enfin, l'article L826-2 introduit une innovation majeure : la période de préparation au reclassement (PPR), d'une durée maximale d'un an. La PPR est assimilée à une période de service effectif, ce qui garantit la continuité des droits statutaires et le maintien du traitement. Cette période vise à accompagner la transition professionnelle par des actions de formation, un bilan de compétences ou des périodes de stages. Véritable outil d'individualisation du parcours de reclassement, la PPR constitue un temps de transition protégé, permettant à l'agent de construire un projet professionnel réaliste et adapté à ses capacités.

Ainsi, le CGFP consacre une approche progressive et protectrice de l'inaptitude, articulant obligations statutaires de l'administration et droits de l'agent, dans une logique de co-construction du reclassement. Il s'agit pour l'agent de s'impliquer activement dans la démarche.

Enfin, ce dispositif illustre l'évolution du droit de la fonction publique vers une approche plus individualisée et préventive, en rupture avec une logique purement bureaucratique au

sens de Max Weber³, c'est-à-dire uniquement fondée sur une hiérarchie, des règles impersonnelles, codifiées et des procédures standardisées.

1.2 Une pluralité d'acteurs mobilisé à l'échelle de l'établissement

Le reclassement d'un agent reconnu inapte dans la fonction publique hospitalière (FPH) mobilise une pluralité d'acteurs, chacun intervenant à un moment clé du processus. Cette diversité reflète la complexité du dispositif, mais aussi les enjeux cruciaux qu'il soulève : garantir les droits de l'agent, assurer la continuité du service public et prévenir les situations de désinsertion professionnelle.

À l'instar de l'EPSM, la plupart des établissements de santé publics ont mis en place une cellule de maintien dans l'emploi, dont l'intitulé peut varier selon les structures, mais dont la mission reste identique. Cette cellule pluriprofessionnelle a pour vocation de détecter, d'anticiper et de suivre les situations à risque. Elle accompagne ainsi les agents confrontés à des restrictions médicales, à une inaptitude ou à un besoin de reclassement.

Toutefois, dans les faits, la prévention primaire reste largement absente des pratiques. Les cellules sont souvent mobilisées en aval, une fois l'inaptitude déclarée, et non en amont pour prévenir les ruptures de parcours. Le manque de coordination avec les services de santé au travail et l'insuffisance de dispositifs d'alerte précoce limitent leur capacité à intervenir de manière proactive. Cette absence de culture de prévention contribue à une gestion réactive des situations, parfois au détriment de l'agent et de l'organisation.

1.2.1 La direction de l'établissement : un rôle pivot entre obligation statutaire et gestion des ressources humaines

L'établissement employeur est le premier acteur responsable de la mise en œuvre du reclassement. En vertu des articles L826-1 à L826-4 du Code général de la fonction publique, il a l'obligation légale de rechercher des solutions adaptées à l'état de santé de l'agent. Cette responsabilité engage directement la Direction des Ressources Humaines (DRH), qui joue un rôle central dans la coordination du processus : elle initie les démarches, organise les concertations, formalise les propositions de poste et veille à leur conformité statutaire.

Plusieurs leviers peuvent être mobilisés pour répondre à cette obligation :

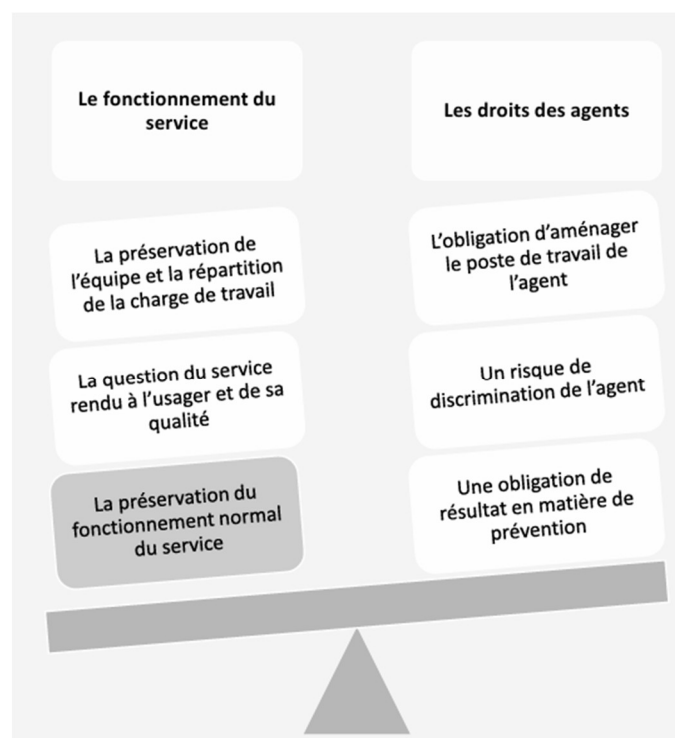
- **L'évaluation des possibilités d'adaptation du poste** : par exemple, un agent administratif souffrant de troubles musculo-squelettiques peut bénéficier d'un aménagement ergonomique ou d'une réorganisation de ses tâches.
- **La mise en œuvre d'une période de préparation au reclassement (PPR)**, lorsque celle-ci est jugée pertinente au regard du projet professionnel de l'agent.

³ **Weber, M.** (1971). *Économie et société : Les catégories de la sociologie*. Paris : Plon. (Œuvre originale publiée en 1922)

- **La recherche active d'un poste compatible**, dans ou hors du corps d'origine : cela implique une analyse fine des besoins internes, mais aussi une mobilisation des réseaux inter-établissements.

La DRH se trouve confrontée à une injonction paradoxale : elle doit à la fois garantir la continuité et la qualité du service rendu à l'utilisateur, tout en respectant les droits des agents, notamment en matière d'aménagement du poste de travail et de prévention des risques. Cette tension structurelle met en lumière les arbitrages complexes auxquels la direction est soumise, entre efficacité organisationnelle et conformité aux obligations légales, dans un contexte où toute décision peut avoir des répercussions sur la dynamique d'équipe, la charge de travail et la perception du service public.

Figure 2



Toutefois, si elle est responsable du pilotage global du processus, la DRH ne peut en maîtriser tous les paramètres : les décisions médicales relèvent du médecin du travail ou du conseil médical, les possibilités de reclassement dépendent des postes réellement disponibles, et la réussite du parcours repose aussi sur l'implication de l'agent et de son encadrement.

1.2.2 Instances médicales : tiers neutres du reclassement

Le médecin du travail occupe une place centrale dans l'évaluation de l'aptitude d'un agent à exercer ses fonctions. Son rôle ne se limite pas à constater une inaptitude : il propose également des aménagements de poste, recommande une PPR ou alerte sur une inaptitude définitive. Son avis, fondé sur des critères médicaux, est préalable à toute décision administrative et constitue une garantie d'objectivité dans un processus souvent complexe et émotionnellement chargé.

Dans la FPH, le conseil médical est obligatoirement saisi par l'administration dont dépend le fonctionnaire avant de prendre une décision sur sa situation administrative, c'est-à-dire sa position statutaire, si cette dernière doit être modifiée pour raison de santé : c'est-à-dire nécessiter un congé maladie, une mise en disponibilité, une mise à la retraite pour invalidité, ou encore afin que l'agent public concerné perçoive une allocation en lien avec sa maladie. Le conseil médical est également saisi pour avis lors de la réintégration d'un fonctionnaire après un congé maladie. Dans les situations plus délicates, lorsqu'existe un désaccord entre l'agent et l'employeur, une pathologie complexe, ou l'absence de consensus sur les possibilités de reclassement, cette instance collégiale rend un avis consultatif sur l'aptitude de l'agent, la durée de la PPR, ou la pertinence d'un reclassement. Elle joue un rôle de tiers neutre, garantissant une évaluation indépendante, fondée sur la santé de l'agent et non sur des considérations de convenance administrative ou de gestion des effectifs. Ainsi, le médecin du travail et le conseil médical ne sont pas de simples acteurs techniques : ils sont les garants d'une régulation éthique et professionnelle du processus de reclassement, à la croisée des enjeux de santé, de droit et de management public.

1.2.3 L'agent lui-même : un acteur désormais reconnu du processus

L'évolution récente du droit de la fonction publique consacre une implication croissante de l'agent dans son propre reclassement. La période de préparation au reclassement, introduite par le décret n°2021-612 et renforcée par le décret n°2022-630, vise à lui offrir un temps de réflexion, de formation et de construction de son projet professionnel. L'agent devient ainsi co-acteur de son repositionnement : il peut proposer des pistes, refuser certaines affectations, et bénéficier d'un accompagnement personnalisé. Cette reconnaissance de son rôle répond à un double enjeu :

- Préserver sa dignité et son autonomie professionnelle.
- Favoriser l'adhésion au projet de reclassement, condition essentielle de sa réussite.

Ainsi, reconnaître l'agent comme acteur du processus ne relève pas seulement d'un principe juridique : c'est une condition de réussite du reclassement, qui engage l'établissement dans une logique de co-construction du parcours professionnel, respectueuse de la santé, des aspirations et des compétences de chacun.

1.2.4 Reclassement : entre logique médicale, administrative et humaine

La coordination entre les différents acteurs impliqués dans le processus de reclassement (direction, médecine du travail, conseil médical, encadrants, agent) soulève plusieurs enjeux majeurs, à la fois organisationnels, humains et économiques.

Tout d'abord, l'articulation entre logique médicale et logique administrative reste un point de tension fréquent. Le médecin du travail évalue l'aptitude de l'agent à exercer ses fonctions selon des critères de santé, tandis que l'administration raisonne en termes de postes disponibles, de contraintes budgétaires et de continuité de service. Ces logiques

peuvent diverger, voire entrer en contradiction, notamment lorsque les préconisations médicales ne trouvent pas de traduction opérationnelle immédiate dans l'organisation.

Ensuite, la fluidité de la communication entre les services RH, le service de santé au travail et l'agent est essentielle pour garantir un accompagnement cohérent et respectueux. Or, dans de nombreux établissements, cette communication reste cloisonnée, ce qui nuit à la réactivité et à la qualité du suivi. Lors de l'entretien avec Mme MEB, à propos des différents acteurs, celle-ci reconnaît « il y a un certain hermétisme entre tous.[...] je ne suis pas certaine qu'il y ait du lien ». L'absence de coordination peut entraîner des retards notamment dans la mise en œuvre de la PPR, une mauvaise compréhension des enjeux par l'agent, voire une perte de confiance dans l'institution.

Par ailleurs, la capacité de l'établissement à proposer des solutions concrètes est souvent limitée par un contexte de tension sur les effectifs et de rigidité budgétaire. Le maintien d'un agent en reclassement sur un poste non pérenne ou en sur-effectif peut générer des tensions dans les équipes (24% des répondants), une surcharge de travail pour les collègues (9% des répondants), et un sentiment d'inutilité pour l'agent concerné. Selon madame DM, cadre supérieur de santé à la direction des soins « Le sur-effectif ça crée de l'insécurité pour l'agent, car ce n'est pas un poste pérenne...[...] Il faut que ce soit vraiment bref et cadré ». Ces situations, si elles perdurent, peuvent aggraver la souffrance au travail et compromettre la réussite du reclassement.

D'un point de vue économique, le reclassement soulève également des enjeux de pilotage de la masse salariale. Le maintien de la rémunération de l'agent pendant la PPR, sans contrepartie productive immédiate, peut être perçu comme un coût « invisible » pour l'établissement. De plus, l'absence de poste vacant compatible avec les restrictions de l'agent peut conduire à des situations de double rémunération (poste occupé en sur-effectif + remplacement du poste initial), difficilement soutenables à long terme.

Enfin, au-delà de ces considérations techniques, le reclassement ne peut être réduit à une simple procédure administrative. Il constitue un enjeu profondément humain et éthique, au cœur de la gestion des ressources humaines dans la fonction publique hospitalière. Il interroge la capacité de l'institution à prendre soin de ses agents, à reconnaître leur parcours, et à construire des trajectoires professionnelles respectueuses de leur santé et de leur dignité.

PARTIE 2 : Comprendre pour mieux agir sur les causes de l'inaptitude dans la FPH

Selon une note de l'Observatoire national des risques psychosociaux⁴ dans la fonction publique le nombre d'agents de la fonction publique hospitalière (FPH) en « tension au travail » est de 35,3% soit 8,4 points de plus que la population active. Près de 60 % des agents hospitaliers déclarent subir une forte intensité du travail, 1 agent sur 2 se dit exposé à des pressions temporelles constantes et plus de 40 % déclarent un manque de reconnaissance de leur hiérarchie. Autant d'éléments qui participent à une usure professionnelle prématurée.

2.1 L'usure professionnelle : entre contraintes physiques et fatigue morale

L'usure professionnelle constitue l'un des principaux facteurs d'inaptitude dans les établissements hospitaliers. Selon l'ANACT, elle se définit comme un processus d'altération progressive de la santé, touchant les dimensions physiques, psychique et cognitive. Elle se distingue de la pénibilité réglementaire par sa dimension cumulative et globale, souvent invisible dans les premiers temps.

Parmi les 241 agents du Centre Hospitalier de Montfavet ayant répondu à l'enquête réalisée 33% attribuent l'inaptitude à une cause psycho sociale (RPS 10%, Burn Out 17%, Perte de motivation 6%), tandis que 66% l'octroie à des causes « physiques » (TMS 24%, AT 12%, ALD 13%, MP 2%, et Maladies graves 5%) et 1% ne se sont pas prononcé sur la cause la plus fréquente.

À l'hôpital, les contraintes physiques sont nombreuses le plus souvent inhérentes avec les fonctions occupées : port de charges lourdes, gestes répétitifs, station debout prolongée, horaires décalés ou de nuit. Ces conditions favorisent l'apparition de troubles musculo-squelettiques (TMS), de fatigue chronique, voire de pathologies invalidantes.

L'usure professionnelle est aussi liée aux contraintes psychiques et aux risques psychosociaux (RPS) : exposition à la souffrance, à la mort, à la pression temporelle, aux conflits de valeurs ou à la surcharge émotionnelle. Les risques psychosociaux tels que définis au niveau européen incluent le stress, les violences internes dont le harcèlement moral et sexuel, les violences externes et la souffrance ou le mal-être au travail. L'origine des risques psychosociaux est multifactorielle : contenu du travail à effectuer, organisation et relations de travail, environnement physique et socioéconomique...

⁴ « Observatoire MNH vague 4 », « Etat de santé des soignants et des personnels hospitaliers », Odoxa, 2024

Ces facteurs peuvent conduire à un épuisement professionnel, voire à des troubles anxiodépressifs. L'usure professionnelle est donc un facteur silencieux mais puissant de désengagement et de fragilisation des agents.

2.1.1 Le poids des conditions de travail hospitalières

L'organisation et les conditions de travail ainsi que le mode de management pèsent également sur la fatigue morale. En particulier, les horaires décalés pour une majorité de personnel soignant afin d'assurer la continuité et la sécurité des prises en soins et/ou des accompagnements, l'intensification, la parcellisation ou la répétition des tâches, des injonctions paradoxales, le manque de personnel récurrent, le niveau d'autonomie mal ajusté. Mais également, le manque de reconnaissance souvent ressenti par les agents, tel qu'une trop faible valorisation du travail, l'isolement hiérarchique ou institutionnel, et l'absence de perspective.

Selon la Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques (DREES)⁵ 60% des agents hospitaliers déclarent subir une forte intensité du travail, et 45% se disent exposés à des pressions temporelles constantes.

Ces éléments contribuent à créer un environnement de travail instable et exigeant, peu propice à la préservation de la santé des agents et peuvent générer un sentiment de perte de contrôle et d'insécurité professionnelle. Ces conditions favorisent l'apparition de troubles liés au stress, mais aussi une usure institutionnelle, où l'agent ne se sent plus en capacité d'exercer son métier dans des conditions acceptables.

2.1.2 Les nouvelles technologies : un facteur émergent de stress au travail

Alors même que l'hôpital peine à gérer certaines causes « historiques » d'inaptitude, l'intégration et le développement des nouvelles technologies tendent à les majorer ou à générer de nouveaux risques professionnels. C'est le cas du phénomène de stress numérique ou « technostress » qui désigne l'ensemble des tensions générées par l'usage intensif, parfois mal encadré, des outils numériques. À l'hôpital, cela se traduit par plusieurs réalités concrètes, notamment la pression de l'immédiateté, de l'hyper-réactivité attendue dans les échanges professionnels et la multiplication des canaux de communication (mails, messageries instantanées, logiciels métiers) sans structuration claire, créant une surcharge cognitive. S'ajoute l'envahissement de la sphère personnelle par les sollicitations professionnelles, brouillant les frontières entre vie privée et vie professionnelle et un sentiment de déconnexion impossible. Ces phénomènes augmentent proportionnellement avec le niveau de responsabilité.

⁵ DREES, Études et Résultats n°1215 – novembre 2021

« En 2019, 60 % des salariés du secteur hospitalier déclarent devoir toujours ou souvent se dépêcher, contre 41 % dans d'autres secteurs. »

Selon Caroline Sauvajol-Rialland⁶ : "Un cadre passe 30% de son temps à gérer ses mails". Cette professeure à sciences po Paris, spécialiste de l'infobésité, définit celle-ci comme un phénomène où la quantité d'informations disponibles dépasse largement la capacité d'une personne à les traiter efficacement, ce qui majore les risques de stress et de fatigue mentale. D'autant que la non-maîtrise ou la faible ergonomie des outils numériques à l'hôpital, génèrent frustration et perte de temps.

Enfin, la communication par mail peut être à l'origine d'une altération des relations interpersonnelles, marquée par une baisse de l'empathie dans les échanges (ton, politesse, contexte), accentuée par la communication asynchrone.

Ces éléments contribuent à une charge mentale accrue, à une fatigue cognitive et à un sentiment d'isolement, notamment chez les agents peu formés ou peu accompagnés dans la transition numérique. Dans un contexte hospitalier déjà sous tension, ces facteurs peuvent accélérer l'usure professionnelle et favoriser l'apparition de troubles psychosociaux, voire d'inaptitudes.

2.1.3 Les vulnérabilités individuelles face à l'environnement professionnel

L'inaptitude peut également être liée à des facteurs personnels qui interagissent avec l'environnement professionnel. L'âge, l'état de santé antérieur, les antécédents médicaux ou encore la situation familiale influencent la capacité d'un agent à faire face aux exigences de son métier. Ces éléments, souvent invisibles dans les tableaux de bord RH, peuvent pourtant jouer un rôle déterminant dans l'évolution de la situation professionnelle.

Certaines pathologies chroniques, des accidents de la vie ou des troubles psychiques fragilisent l'agent, en particulier lorsque l'environnement de travail ne permet pas une adaptation suffisante. Mais au-delà des facteurs médicaux, il convient de prendre en compte les ressources personnelles de l'agent : sa capacité à mobiliser un réseau de soutien, à exprimer ses besoins, à se projeter dans un nouveau rôle ou à faire preuve de résilience. Tous les agents n'expriment pas les mêmes inquiétudes et ne disposent pas de ces ressources de manière égale. Les réponses apportées à ces questions lors de l'enquête démontrent que 44% des répondants s'inquiète principalement de l'impact sur le statut et la rémunération tandis que 38% craignent de ne pas trouver un poste adapté.

Par exemple, un agent confronté à une inaptitude physique peut, s'il est soutenu par son encadrement et accompagné dans son projet, envisager une reconversion avec confiance. À l'inverse, un agent isolé, peu informé de ses droits, ou fragilisé psychologiquement, peut vivre le reclassement comme une mise à l'écart ou une perte de reconnaissance. Dans certains cas, le manque de confiance en soi, la peur du changement ou l'absence de perspectives réalistes peuvent freiner l'adhésion au processus de reclassement.

⁶ Sauvajol-Rialland, C. (2013). *Infobésité : Comprendre et maîtriser la déferlante d'informations*. Paris : Vuibert.

L'absence de dialogue, de soutien ou de reconnaissance institutionnelle peut alors accélérer le processus d'inaptitude, en transformant une difficulté ponctuelle en rupture durable. C'est pourquoi il est essentiel que les établissements intègrent une approche psychosociale du reclassement, en tenant compte des vulnérabilités individuelles et en proposant un accompagnement adapté, respectueux du rythme et des capacités de chacun.

2.2 Une prévention encore marginale face aux enjeux RH majeurs

18% des agents interrogés considèrent être passif en matière de prévention, c'est-à-dire ne pas faire particulièrement attention, tandis que 19% ignorent même les mesures ou outils de prévention mis en œuvre par l'établissement.

Malgré la reconnaissance croissante des risques professionnels et des facteurs d'usure dans la fonction publique hospitalière, la prévention de l'inaptitude reste encore insuffisamment structurée et anticipée. Ce constat est d'autant plus préoccupant que les enjeux en matière de gestion des ressources humaines sont majeurs : maintien dans l'emploi, réduction des arrêts de travail, fidélisation des agents, et qualité du service rendu aux usagers.

2.2.1 Une prévention en décalage avec les réalités du terrain hospitalier

Dans de nombreux établissements, les actions de prévention interviennent tardivement, souvent lorsque l'état de santé de l'agent est déjà fortement dégradé. La logique dominante reste celle de la gestion des conséquences (inaptitude, reclassement, voire mise à la retraite) plutôt que celle de la prévention des causes. Les dispositifs de veille, de repérage précoce de l'usure ou de soutien psychologique sont encore trop peu développés ou mal articulés avec les services RH.

De plus, le rôle de la Mutuelle Nationale des Hospitaliers (MNH) dans l'accompagnement des agents hospitaliers en situation de reclassement ou d'inaptitude reste fortement axé sur la réparation. Pour autant, son rôle est essentiel dans l'accompagnement des agents confrontés à une situation d'inaptitude ou de reclassement. En effet, bien que la MNH ne soit pas directement impliquée dans les décisions administratives de reclassement, elle propose des dispositifs de soutien qui peuvent contribuer à préserver la dignité et l'équilibre personnel des agents concernés. Par exemple, dans le cadre de ses garanties de prévoyance, la MNH offre une protection financière en cas d'arrêt prolongé ou de perte de revenus liée à une inaptitude. Elle met également à disposition des services d'écoute psychologique, des aides sociales ponctuelles et des programmes de prévention des risques psychosociaux. Ces dispositifs permettent de renforcer la résilience des agents en transition professionnelle, en leur offrant un cadre sécurisant et bienveillant. Dans un contexte où le reclassement peut être vécu comme une rupture identitaire, le soutien

apporté par la MNH peut participer au maintien d'une forme de continuité sociale et à la reconstruction de l'estime de soi.

Parallèlement, la MNH a mis en place un observatoire de l'état de santé des soignants. Chaque année, depuis dix ans, l'observatoire de la MNH réalise et publie une enquête. En 2024, cette enquête⁷ démontre que la satisfaction au travail des professionnels de santé (PS) est toujours nettement inférieure à celle des autres Français en activité avec 64% pour les PS contre 77% pour le reste de la population active en emploi. Cette satisfaction au travail moins forte chez les soignants s'explique par le nombre de situations de stress au travail qu'ils vivent comparativement aux autres actifs. En effet, 45% expriment faire face à l'incivilité voire à l'agressivité physique de leurs patients. Les PS sont aussi plus souvent malades, pratiquement 1 sur 2 (46%) dit avoir été malade au cours des trois derniers mois, c'est 18 % de plus que la moyenne des Français. La santé mentale des PS est qualifiée de mauvaise ou de médiocre par 29% d'entre eux, soit plus du double de ce qu'on relève en population générale (14%). Au total, l'enquête souligne la situation défavorable des PS par rapport aux autres actifs en emploi également en ce qui concerne, la qualité du sommeil, l'équilibre vie professionnelle vie personnelle, l'alimentation, les conduites addictives.

Malgré ces constats préoccupants, les établissements de santé semblent peu enclins à exploiter ces données nationales, leur préférant des démarches internes souvent moins comparables.

Ce manque d'appropriation des données nationales illustre plus largement une prévention encore trop théorique ou fragmentée, comme en témoigne l'utilisation inégale des outils pourtant disponibles au sein de la fonction publique hospitalière.

2.2.2 De nombreux dispositifs susceptibles de soutenir la prévention

La fonction publique hospitalière dispose d'un ensemble d'outils réglementaires et opérationnels visant à prévenir les situations d'inaptitude, bien que leur mobilisation reste encore inégale selon les établissements.

Le Document Unique d'Évaluation des Risques Professionnels (DUERP) constitue la pierre angulaire de toute démarche de prévention. Il permet d'identifier les risques auxquels sont exposés les agents et de planifier des actions adaptées pour améliorer les conditions de travail. Pourtant, le questionnaire diffusé auprès des agents de l'établissement révèle une méconnaissance préoccupante de cet outil : 68 % des répondants déclarent ne pas savoir de quoi il s'agit.

Ce constat interroge d'autant plus que le DUERP fait actuellement l'objet d'une révision au sein de l'établissement, à laquelle j'ai participé dans le cadre de mon stage. J'ai eu l'opportunité de prendre part aux réunions de pilotage, réunissant des représentants de

⁷ « Observatoire MNH vague 4 », « Etat de santé des soignants et des personnels hospitaliers », Odoxa, 2024

chaque pôle, et d'observer à la fois les difficultés à mobiliser les responsables autour de cette question et les échanges entre les quelques acteurs mobilisés. Cette expérience m'a permis de mesurer à quel point la formalisation du DUERP peut rester déconnectée des pratiques de terrain si elle n'est pas accompagnée d'une démarche de sensibilisation et de communication interne.

Ainsi, au-delà de sa mise à jour technique, le DUERP doit être pleinement approprié par les professionnels, intégré dans les réflexions managériales et utilisé comme un outil vivant au service de la prévention. Il ne peut remplir pleinement son rôle que s'il est compris, partagé et mobilisé dans les dynamiques de maintien dans l'emploi.

Le service de santé au travail joue un rôle central dans la prévention des risques professionnels et le maintien en emploi des agents hospitaliers. Il intervient à plusieurs niveaux : repérage précoce des signaux d'alerte (fatigue, troubles musculo-squelettiques, souffrance psychique), suivi des restrictions d'aptitude, accompagnement des agents en difficulté, et participation à l'élaboration des plans d'action en matière de santé au travail.

Sa pluridisciplinarité constitue un atout majeur. Composé le plus souvent de médecins du travail, d'infirmiers en santé au travail, de psychologues, d'ergonomes, ou encore d'assistants sociaux. Ce service permet une approche globale et coordonnée des situations individuelles. Cette diversité de compétences favorise une prise en charge adaptée aux besoins spécifiques de chaque agent, qu'il s'agisse d'un aménagement de poste, d'un soutien psychologique ou d'un accompagnement dans une démarche de reclassement.

En lien avec les ressources humaines et les instances représentatives du personnel, le service de santé au travail peut également contribuer à la mise en œuvre de politiques de prévention plus structurées, en s'appuyant sur les données issues du DUERP ou des enquêtes internes. Son implication dans les cellules de veille ou les commissions de maintien en emploi est essentielle pour anticiper les situations d'inaptitude et proposer des solutions avant que celles-ci ne deviennent irréversibles.

Par ailleurs, les établissements peuvent s'appuyer sur **les outils proposés par le Fond pour l'Insertion des Personnes Handicapées dans la Fonction Publique (FIPHFP)**, notamment les guides Handi-Pacte, pour favoriser le maintien dans l'emploi des agents en situation de handicap ou de restriction fonctionnelle.

En complément, **le Fonds National de Prévention (FNP) de la CNRACL** soutient financièrement les projets de prévention portés par les établissements, notamment ceux liés à l'usure professionnelle, aux troubles musculo-squelettiques (TMS) ou aux risques psychosociaux (RPS).

Les Contrats Locaux d'Amélioration des Conditions de Travail (CLACT), financés par les Agences Régionales de Santé, permettent quant à eux de mettre en œuvre des actions concrètes pour améliorer le quotidien des agents et prévenir les ruptures professionnelles.

Enfin, **des actions de formation et de sensibilisation aux risques professionnels**, à la gestion du stress ou à l'ergonomie sont régulièrement proposées, souvent en lien avec **l'Association Nationale pour la Formation Hospitalière (ANFH) ou l'Institut National de Recherche et de Sécurité (INRS)**.

Malgré la richesse de ces dispositifs, leur mise en œuvre reste parfois fragmentée ou insuffisamment articulée avec les politiques de gestion des ressources humaines, limitant ainsi leur impact préventif réel. Ce déficit est accentué par le manque de médecins du travail dans de nombreux établissements, qui freine le repérage précoce des situations à risque, la mise en œuvre des aménagements de poste et le déclenchement des démarches de reclassement.

2.3 Vers une transformation des pratiques managériales au service de la prévention

2.3.1 Dépasser les blocages structurels pour mieux prévenir l'inaptitude

Les contraintes organisationnelles (règles, procédures, limites structurelles) ne doivent pas être vues comme des obstacles immuables, mais comme des opportunités de transformation, pour cela il est nécessaire qu'elles soient comprises, partagées et réinterprétées collectivement. Cela appelle à une intelligence collective et à une souplesse managériale. Comme le souligne, dans son ouvrage « l'acteur et le système » Michel Crozier⁸ dès 1977 « Dans une organisation humaine, les contraintes ne sont pas des fatalités : elles peuvent devenir des leviers d'action. C'est en les comprenant, en les partageant et en les réinterprétant collectivement que l'on peut les transformer en opportunités. ».

La prévention de l'inaptitude suppose une évolution des pratiques managériales notamment en développant une culture du dialogue et la reconnaissance des signaux faibles. Il s'agit d'accompagner les parcours et valoriser les compétences de tous. Les pratiques managériales à l'hôpital tendent à valoriser l'implication, la disponibilité, la polyvalence et l'assiduité des agents. En témoignent, les recommandations de l'ANFH à propos de l'entretien professionnel annuel essentiellement axées sur l'atteinte d'objectifs professionnels, les besoins en formation voire les souhaits d'évolution professionnelle dans le sens de nouvelles fonctions de niveau supérieur. Les questions relatives à la gestion des risques ou les fragilités sont rarement évoquées par les managers. Les arrêts maladies eux-mêmes ne sont pas abordés. Cette prudence, bien qu'intentionnée, contribue à faire de l'absentéisme un sujet tabou rarement abordé. L'absentéisme individuel est pourtant un

⁸ **Crozier, M. & Friedberg, E.** (1977). *L'acteur et le système : Les contraintes de l'action collective*. Paris : Éditions du Seuil

indicateur majeur de la prévention des risques d'inaptitude, pour autant il est souvent marqué par une forme de discrimination au sein des équipes comme des managers.

Cette faible appropriation des dispositifs de prévention interroge : est-ce par manque de formation, de temps, ou de reconnaissance institutionnelle de ces enjeux ?

Cela implique aussi une formation des encadrants à la gestion des situations de fragilité, ainsi qu'un meilleur découplage entre les services RH, les services de santé au travail et les directions des soins. La prévention de l'inaptitude professionnelle ne peut se limiter à des mesures curatives ou administratives. Elle suppose une transformation en profondeur des pratiques managériales, centrée sur l'humain, la coopération interdisciplinaire et l'anticipation des fragilités.

2.3.2 Instaurer une culture du dialogue et de la confiance managériale

Le dialogue régulier entre les encadrants et les collaborateurs est essentiel pour détecter les premiers signes de mal-être ou de désengagement. Il repose sur des soft skills clés telles que l'écoute active, l'empathie, la bienveillance et la capacité à instaurer un climat de confiance. Selon Carl Rogers⁹, l'écoute active est un outil fondamental pour instaurer un climat de confiance et favoriser l'expression libre des collaborateurs. Ce climat favorable permet aux professionnels de se sentir légitimes à exprimer leurs difficultés sans crainte de stigmatisation.

Les entretiens que j'ai menés auprès d'agents en situation de reclassement m'ont particulièrement marquée, tant par l'asymétrie de la relation — qui entravait bien souvent la liberté de parole des agents — que par la posture de résignation qu'ils adoptaient face à leur situation. Cette dynamique constitue un frein majeur à l'instauration, voire au maintien, du climat de confiance pourtant essentiel à un accompagnement efficace.

Selon Arnaud Stimec et Arnaud Benitah¹⁰, auteurs de *La boîte à outils du dialogue en entreprise*, le dialogue est un levier central de performance et de cohésion. Ils proposent des outils concrets pour instaurer un dialogue authentique, notamment dans les contextes de changement ou de tension.

De plus, la méthode Savoir-Relier développée par Valérie Gauthier¹¹ insiste sur trois piliers essentiels pour un dialogue constructif : authenticité, générosité et responsabilité. Cette approche, nourrie par les neurosciences et la psychologie, vise à créer un espace relationnel propice à la confiance et à la collaboration.

⁹ **Rogers, C.** (1966). *Le développement de la personne*. Paris : Dunod. (Titre original : *On Becoming a Person*, 1961)

¹⁰ **Stimec, A. & Benitah, A.** (2019). *La boîte à outils du dialogue en entreprise*. Paris : Dunod. Collection La Boîte à Outils

¹¹ **Gauthier, V.** (2014). *Leading with Sense: The intuitive power of savoir-relier*. Stanford : Stanford University Press

2.3.3 Intégrer la reconnaissance des signaux faibles dans les pratiques d'encadrement

Les signaux faibles, tels que les retards, l'isolement, la baisse de performance ou l'irritabilité, sont souvent les premiers indicateurs d'une situation de fragilité psychologique ou sociale. Leur détection précoce est essentielle pour prévenir les risques psychosociaux (RPS) et accompagner les collaborateurs avant que la situation ne se dégrade.

Cela implique que les managers soient formés à les identifier précocement, en développant une vigilance comportementale et émotionnelle ainsi que les interpréter sans jugement, en adoptant une posture bienveillante et non intrusive. Cela permet d'éviter les biais d'interprétation et de favoriser une approche centrée sur la personne.

La formation proposée par *Time to Pitch*¹² insiste sur l'importance de décrypter les attitudes et comportements au travail pour comprendre les leviers managériaux.

Les relayer de manière appropriée aux acteurs compétents (RH, médecine du travail, psychologues du travail, etc.), dans le respect de la confidentialité et de la dignité du salarié.

La fiche CEDIP¹³ du ministère de la Transition écologique souligne que les signaux faibles doivent être mis en lumière et reliés à d'autres indices pour constituer un faisceau révélateur d'un dysfonctionnement. Elle insiste sur l'importance d'une culture de l'attention partagée entre collègues et hiérarchie.

L'éventail des **signaux d'alarme révélateurs** d'une charge mentale excessive et potentiellement nocive est assez large :



¹² **Time to Pitch.** (2025). *Formation « Détecter les signaux faibles en management »*. [En ligne] Disponible sur : <https://www.timetopitch.com/formations/formation-detecter-les-signaux-faibles-en-management>

¹³ **CEDIP - Ministère de la Transition écologique.** (2023). *La charge mentale professionnelle : repérez les signaux d'alerte et réagissez !* Fiche thématique. Centre Ministériel de Valorisation des Ressources Humaines. [En ligne] Disponible sur : <https://www.cmvrh.developpement-durable.gouv.fr/liste-des-productions-et-fiches-cedip-a4346.html>

Enfin, les travaux de Camille Alloing et Nicolas Moinet¹⁴ dans *Hermès, La Revue* mettent en garde contre une interprétation trop mécanique des signaux faibles, soulignant que leur pertinence dépend du contexte et de la capacité à les intégrer dans une démarche globale de prévention.

Lorsque ces signaux faibles ne sont ni repérés ni traités à temps, les établissements se retrouvent souvent contraints de recourir à des solutions de reclassement en urgence, comme le sureffectif.

2.3.4 Le reclassement en sureffectif : une réponse administrative aux effets ambigus

Dans de nombreux établissements hospitaliers, le reclassement par sureffectif est utilisé comme solution de dernier recours pour maintenir un agent dans l'emploi. Selon l'enquête menée auprès de 47 professionnels impliqués dans le processus de reclassement dans 18 établissements publics de santé, 91 % déclarent recourir au reclassement en sureffectif, faute de postes vacants adaptés aux restrictions médicales des agents.

Cette pratique consiste à affecter un agent à un poste sans que celui-ci ne soit réellement vacant, créant ainsi un doublement de poste ou une surcharge organisationnelle. Si cette méthode peut répondre à une urgence administrative ou à une obligation statutaire, elle présente de nombreuses limites, tant sur le plan opérationnel qu'humain.

D'un point de vue organisationnel, le sureffectif peut générer des tensions au sein des équipes, notamment lorsque la répartition des tâches devient floue ou déséquilibrée. Selon la référente handicap interrogée « Il faut accompagner l'équipe pour qu'elle comprenne que c'est normal que la personne ne puisse pas faire tout à fait les mêmes choses ». L'agent reclassé peut se retrouver dans une position marginale, sans mission clairement définie, ce qui nuit à son intégration et à son sentiment d'utilité. Cette situation peut également être mal perçue par les collègues, qui peuvent y voir une forme d'iniquité ou de traitement de faveur, alimentant ainsi des représentations négatives autour du reclassement. Les propos de MEB, cadre paramédical de pôle, lors de l'entretien le souligne : « Les gens pensent souvent que c'est de la fainéantise, [...] Ils ne pensent pas forcément que c'est parce qu'ils ne peuvent pas ».

Sur le plan individuel, le reclassement par sur-effectif ne s'accompagne pas toujours d'une montée en compétences ou d'une requalification professionnelle. L'absence de formation adaptée ou de projet professionnel construit peut conduire à une forme de placardisation, où l'agent est maintenu en poste sans réelle perspective d'évolution. Ce type de reclassement, s'il n'est pas accompagné, peut ainsi fragiliser davantage l'agent, tant sur le plan psychologique que professionnel. L'entretien que j'ai mené dans le cadre

¹⁴ **Alloing, C. & Moinet, N.** (2016). *Les signaux faibles : du mythe à la mystification*. Hermès, La Revue, n°76, pp. 86–92. [En ligne] Disponible sur : <https://hal.science/hal-01475377>

de l'accompagnement d'un agent réaffecté suite à des problèmes de santé mentale alors qu'il occupait un poste à responsabilité illustre tout à fait, celui-ci exprimant explicitement « Je recherche une opportunité, pas un placard ».

Enfin, cette méthode pose la question de la pérennité : le maintien artificiel d'un agent dans un poste non budgété n'est pas soutenable à long terme, notamment dans un contexte de rationalisation des effectifs et de contraintes budgétaires. Elle peut également freiner la mise en œuvre de solutions plus durables, comme la reconversion accompagnée, la mobilité inter-établissements ou le partenariat avec des structures externes.

PARTIE 3 : Vers une politique RH inclusive : la PPR comme levier de transformation

En 2022, plus de 14 000 événements liés à des accidents ou maladies professionnelles ont été recensés dans la FPH, avec une durée moyenne d'arrêt de 67 jours. Bien que les données globales manquent, les études régionales et les retours d'expérience montrent que l'inaptitude est un phénomène en augmentation dans la FPH, particulièrement dans les métiers de soins. Cela justifie pleinement le développement de politiques RH plus inclusives et préventives.

3.1 La PPR : entre cadre réglementaire contraignant et opportunité d'implication pour l'agent

3.1.1 Une vocation d'accompagnement structuré

La PPR constitue une innovation majeure récente dans la gestion des parcours professionnels des agents hospitaliers reconnus inaptes à l'exercice de leurs fonctions. Elle s'inscrit dans le cadre des articles L. 826-1 à L. 826-6 du Code général de la fonction publique, qui consacrent le droit à un accompagnement structuré en cas d'inaptitude.

L'Autorité Investie du Pouvoir de Nomination (AIPN) est dans l'obligation de proposer une PPR dès lors qu'un agent est déclaré inapte à son poste, mais encore apte à exercer d'autres fonctions. Toutefois, la PPR est soumise à l'accord de l'agent concerné, celui-ci a la possibilité de refuser la PPR et de faire une demande de reclassement directement.

Ce nouveau dispositif a pour objectif de préparer activement le reclassement de l'agent, en lui permettant de construire un nouveau projet professionnel compatible avec son état de santé.

La PPR débute à la date de réception de l'avis d'inaptitude émis par le comité médical, ou de la date de reprise de ses fonctions si l'agent est en congé maladie ou maternité et elle prend fin à la date de reclassement de l'agent et au plus tard un an après la date de début. Cette durée peut être prolongée de 3 mois.

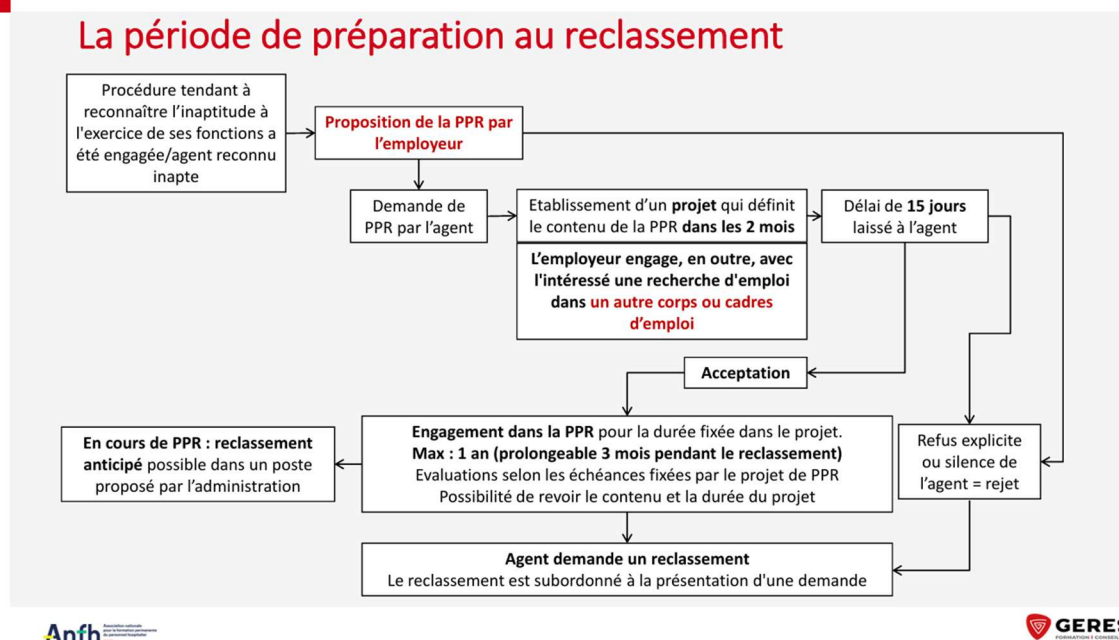
Cette période assimilée à du service effectif, s'accompagne du maintien intégral de la rémunération de l'agent.

L'établissement est également tenu d'organiser la recherche active de postes de reclassement, en interne ou dans d'autres établissements publics.

Pour l'agent, la PPR constitue une opportunité précieuse de se repositionner professionnellement dans un cadre sécurisé. Elle lui permet de reprendre la main sur son parcours, de valoriser ses compétences transférables, et de bénéficier d'un accompagnement personnalisé (Annexe 3 – Tableau effets positifs de la PPR selon les répondants). Cette période favorise également une reconnaissance institutionnelle de sa situation, rompant avec les logiques d'exclusion ou de mise à l'écart souvent associées à l'inaptitude.

Pourtant, les résultats de l'enquête menée dans le cadre de ce mémoire révèlent une méconnaissance préoccupante du dispositif : 90 % des agents interrogés déclarent ne pas connaître la PPR. Ce chiffre souligne l'urgence d'une meilleure communication interne et d'une sensibilisation accrue autour de ce droit, afin que les agents puissent s'en saisir pleinement et en faire un levier de remobilisation.

En somme, la PPR incarne une dynamique de co-construction entre l'agent et l'établissement, où chacun a un rôle à jouer. Elle illustre une évolution vers une gestion plus humaine et plus stratégique des ressources humaines dans la fonction publique hospitalière.



3.1.2 Des outils mobilisables pour sécuriser le parcours

La période de préparation au reclassement repose sur un ensemble d'outils mobilisables pour accompagner l'agent dans la construction de son nouveau projet professionnel. Ces outils doivent être adaptés à la situation individuelle de l'agent, à ses

compétences, à ses aspirations, mais aussi aux possibilités de reclassement offertes par l'établissement ou la fonction publique en général.

Parmi les dispositifs les plus couramment utilisés, nous retrouvons :

- Le bilan de compétences, qui permet à l'agent de faire le point sur son parcours, ses savoir-faire, ses motivations et ses perspectives d'évolution.
- Les actions de formation, qui peuvent viser l'acquisition de nouvelles compétences ou la consolidation de compétences transférables.
- Les stages d'immersion ou d'observation, qui offrent à l'agent la possibilité de découvrir un nouveau métier ou un nouvel environnement de travail.
- Les entretiens professionnels, qui permettent d'échanger avec les ressources humaines ou les encadrants sur les pistes de reclassement envisageables.

Ces outils, lorsqu'ils sont bien articulés, permettent de donner du sens à la transition professionnelle et de sécuriser le parcours de l'agent.

Si la mise en œuvre de la PPR représente un cadre contraignant pour l'établissement tant sur le plan organisationnel que juridique, elle suppose également une coordination étroite des différents acteurs.

3.1.3 Une coordination stratégique des acteurs du reclassement

Le service des ressources humaines joue un rôle central dans la structuration du parcours : il assure la gestion administrative de la PPR, coordonne les étapes du reclassement, identifie les opportunités de postes et veille à la cohérence globale du dispositif. Il est garant du respect du cadre réglementaire, mais aussi de la qualité de l'accompagnement. L'enquête auprès des différents établissements révèle que pour 100% d'entre eux le suivi et la coordination de la cellule d'adéquation à l'emploi est assuré par le service RH (Annexe 3).

Toutefois la réussite de la PPR repose en grande partie sur l'effectivité et la qualité de la coordination entre les différents acteurs et doit s'étendre à l'ensemble des parties prenantes de l'établissement, en particulier les encadrants de proximité, souvent en première ligne.

Les managers de proximité ont un rôle souvent sous-estimé mais déterminant. En premier lieu, car ils ont une connaissance très précise des tâches associées à chaque poste mais aussi car ils sont à la fois observateurs privilégiés des signaux faibles et facilitateurs de terrain. Leur implication permet d'identifier des postes d'accueil, de proposer des missions d'immersion, et d'évaluer les aptitudes de l'agent dans un nouveau contexte. Leur adhésion au projet de reclassement est essentielle pour garantir un accueil bienveillant et éviter les tensions dans les équipes.

Les organismes de formation et les conseillers mobilité-carrière peuvent intervenir pour accompagner l'agent dans la construction de son projet professionnel, en proposant des bilans de compétences, des formations ciblées ou des passerelles vers d'autres métiers.

Enfin, les services supports (cellule de maintien dans l'emploi, service social, référents handicap, etc.) jouent un rôle de coordination transversale. Ils assurent le lien entre les différents acteurs, facilitent la circulation de l'information et veillent à la cohérence du parcours.

Cette pluralité d'intervenants nécessite une gouvernance claire, une communication fluide et une vision partagée des objectifs. La formation, la mise en place de réunions de suivi régulières, d'outils de traçabilité partagés et d'un référent unique pour chaque situation peut renforcer l'efficacité du dispositif.

En somme, le reclassement ne peut être pensé comme une succession d'actions isolées. Il s'agit d'un processus collectif, qui engage l'ensemble de l'institution dans une logique de co-construction, de reconnaissance et de valorisation des parcours professionnels.

3.1.4 Créer les conditions favorables à l'implication de l'agent

Si la PPR est un droit pour l'agent, elle suppose aussi une implication active de sa part. C'est un point soulevé par Mme DN, référente handicap : « Il faut que l'agent redevienne acteur de sa vie professionnelle [...] Ce n'est pas que dans un sens ». Pour que cette implication soit réelle et durable, certaines conditions doivent être réunies.

Tout d'abord, l'agent doit bénéficier d'une information claire et transparente sur ses droits, les étapes de la PPR, et les possibilités de reclassement. L'absence de communication ou les incertitudes peuvent générer de l'angoisse et freiner l'engagement.

Ensuite, il est essentiel que l'agent se sente reconnu dans sa situation. La PPR ne doit pas être perçue comme une mise à l'écart, mais comme une opportunité de rebond professionnel. Cela suppose une posture bienveillante de l'administration, une écoute active, et une valorisation des compétences de l'agent. Ce sont ces mêmes éléments qui émergent de l'enquête réalisée auprès de l'ensemble des agents de l'établissement puisque 82% des répondants attendent de leur direction un accompagnement personnalisé, qui tiennent compte de leur parcours antérieur et 90% estiment leur participation active très importante. Pour autant les conditions ne sont pas toujours réunies, Mme DM lors de notre entretien le confesse avec regret « Moi, il y a plein d'agents que je ne connais que sur un tableau Excel. Et pourtant, j'émets des décisions sur ces personnes sans les connaître ».

De même, l'implication proactive d'un agent ne garantit pas à elle seule la réussite du parcours de reclassement. Sans accompagnement adapté, elle peut même engendrer des frustrations. L'exemple de Mme M., aide-soignante, en est une illustration parlante. Lors d'un rendez-vous organisé en amont de l'avis du conseil médical — dont l'issue ne faisait guère de doute — Mme M. se présente avec une motivation remarquable. Elle expose un projet professionnel déjà bien construit : devenir « Aide-Soignante Coordinatrice ». La fiche de poste est presque rédigée, le projet est cohérent et en adéquation avec ses

compétences. Pourtant, ce type de poste n'existe pas dans son secteur, déjà confronté à de fortes contraintes budgétaires, rendant toute création de poste impossible.

Cet exemple souligne une réalité importante : même les agents les plus engagés ont besoin d'un cadre structurant et d'un accompagnement réaliste. Un projet de reclassement, aussi pertinent soit-il, ne peut aboutir sans prise en compte des contraintes organisationnelles et sans dialogue avec les services concernés.

La personnalisation du parcours, dans le respect des aspirations de l'agent et des possibilités de l'établissement, est un levier essentiel de motivation.

Un projet co-construit, respectueux de ses contraintes et de ses aspirations, favorise son engagement et augmente les chances de réussite du reclassement. A l'inverse, un accompagnement standardisé ou trop rigide risque de décourager l'agent voire démobiliser, les plus volontaires d'entres-eux.

3.2 De la « réparation » à la « reconnaissance », un changement de paradigme

Le passage de la « réparation » à la « reconnaissance » dans la Fonction Publique Hospitalière (FPH) illustre un changement de paradigme dans la manière dont les institutions considèrent les agents en situation de fragilité ou d'inaptitude. Ce glissement s'inscrit dans une dynamique où l'on ne cherche plus uniquement à compenser une perte, mais à valoriser la personne dans son intégralité, en tenant compte de ses compétences, de son vécu et de son potentiel.

3.2.1 L'impact personnel de l'inaptitude dans la FPH

"La dignité d'un individu se mesure à la manière dont la société l'accompagne dans ses fragilités", Cynthia Fleury¹⁵, *La clinique de la dignité*, 2023

L'inaptitude professionnelle dans la fonction publique hospitalière (FPH) ne se limite pas à une procédure administrative. Elle constitue une épreuve existentielle qui affecte profondément l'identité, l'estime de soi et le sentiment d'utilité des agents concernés. Le parcours de reclassement, souvent long et complexe, doit être pensé comme un temps de reconstruction personnelle et professionnelle.

Selon la théorie de la reconnaissance développée par Axel Honneth¹⁶, philosophe et sociologue allemand, l'estime sociale repose sur la valorisation des contributions

¹⁵ philosophe, psychanalyste et professeure au Conservatoire national des arts et métiers, titulaire de la chaire de philosophie à l'hôpital Sainte-Anne

¹⁶ Honneth, A. (2000). *La lutte pour la reconnaissance*. Paris : La Découverte

individuelles à la société. Le travail est un lieu central de reconnaissance sociale. Être reconnu pour ses compétences et sa contribution à la société permet de développer une estime de soi positive, essentielle à l'équilibre psychique. À l'inverse, l'exclusion du monde du travail, le déclassement ou l'invisibilisation peuvent générer un sentiment de mépris social, destructeur pour l'individu. Ainsi dans le contexte du reclassement, l'estime sociale se traduirait par la reconnaissance des compétences acquises, même en dehors des cadres formels, et la possibilité offerte à l'agent de se reconstruire professionnellement dans la dignité.

Christophe Dejours¹⁷, sociologue du travail, insiste également sur le rôle du travail dans la construction de l'identité et la souffrance psychique liée à son absence ou à sa dévalorisation. Pour lui, le travail est un lieu de réalisation de soi, mais aussi de reconnaissance par les pairs. Le reclassement ne peut donc être réduit à une simple réaffectation : il doit être pensé comme un processus de réhabilitation subjective, où l'agent retrouve un sens à son engagement.

Enfin, Philippe Bernoux¹⁸, dans sa réflexion sur le travail comme activité, propose de considérer le travail non plus comme une fonction ou une tâche, mais comme une activité porteuse de sens, où l'individu peut inventer, s'exprimer et être reconnu.

L'inaptitude porte également des conséquences psychologiques sur l'individu, elle peut être vécue comme une fracture identitaire, entraînant plusieurs effets psychologiques tel que la perte d'estime de soi : L'agent peut se sentir inutile, voire rejeté par l'institution. Le travail étant un vecteur de reconnaissance, sa perte fragilise l'image de soi. Ou encore, le stress, l'anxiété, voire la dépression : Le stress professionnel peut être défini comme un état psychologique résultant d'un déséquilibre perçu entre les exigences de l'environnement de travail et les ressources personnelles disponibles pour y faire face. Ce déséquilibre, lorsqu'il devient chronique, peut affecter la santé mentale et physique du salarié, ainsi que sa performance et son engagement. Par ailleurs, l'incertitude sur l'avenir, les démarches administratives complexes et la peur du déclassement renforcent cette tension.

Certaines situations génèrent un sentiment d'injustice, notamment lorsque l'inaptitude résulte d'un accident de service ou d'une maladie professionnelle.

Enfin, intervient également des problématiques de stigmatisation, l'agent peut se sentir étiqueté comme « inapte », ce qui nuit à sa réintégration et à son image auprès des collègues.

Tous ces impacts illustre l'intérêt de faire du reclassement un levier majeur de l'accompagnement des professionnels hospitaliers tout au long de leur carrière.

¹⁷ Dejours, C. (2016). Situations du travail. Paris : Presses Universitaires de France.

¹⁸ Bernoux, P. (2016). *Un changement de paradigme : le travail comme activité*. In *Sociologie et sociétés*, vol. 48, n°1, pp. 15–34

3.2.2 Favoriser l'auto détermination dans les parcours de reclassement

Un accompagnement efficace commence avant même la reconnaissance formelle de l'inaptitude. Comme exposé précédemment, il repose sur une détection précoce des signaux faibles (absentéisme récurrent, plaintes somatiques, isolement, baisse de performance) et sur une culture du dialogue entre l'agent, l'encadrement et les services supports.

Le diagnostic précoce permet d'anticiper les ruptures professionnelles et d'éviter les situations d'urgence. D'autant que, comme le confirme l'enquête, de nombreux agents n'anticipent pas ces situations : ainsi, 68% des répondants n'ont pas imaginé quelle pourrait être leur reconversion professionnelle s'ils ne pouvaient plus exercer leur métier.

Le dialogue social, à travers les instances représentatives et les échanges informels, favorise une approche concertée et bienveillante du reclassement. Ainsi nous pouvons imaginer qu'*un agent en arrêt prolongé pour burn-out soit orienté vers une cellule de maintien dans l'emploi avant même la fin de son arrêt, pour envisager des pistes de reconversion ou d'aménagement.*

3.2.3 Identifier et valoriser les compétences transférables

Dans le cadre du maintien dans l'emploi au sein de la Fonction publique hospitalière (FPH), l'identification des compétences transférables constitue une étape essentielle pour construire des parcours de reclassement pertinents. Ces compétences, qu'elles soient techniques, relationnelles ou organisationnelles, peuvent être mobilisées dans des fonctions différentes de celles initialement exercées. L'entretien professionnel, le bilan de compétences ou encore les entretiens de remobilisation sont des moments clés qui permettent de repérer ces savoir-faire et savoir-être, souvent acquis dans des contextes variés. Les référentiels métiers, les grilles de compétences internes et l'analyse des postes occupés sont également des outils précieux. Le rôle des encadrants, des gestionnaires RH, des référents handicap et des psychologues du travail est ici central : ils contribuent à objectiver les compétences, à valoriser les acquis de l'expérience et à ouvrir des perspectives de mobilité interne. La reconnaissance des compétences informelles, développées sur le terrain, est un levier important pour redonner du sens au parcours professionnel et favoriser l'adhésion à un projet de reclassement.

Une fois les compétences transférables identifiées, il est nécessaire de proposer des dispositifs de formation adaptés pour permettre à l'agent de réussir sa transition professionnelle. Ces formations peuvent être qualifiantes, certifiantes ou simplement d'adaptation au poste. Elles doivent répondre aux besoins identifiés lors de l'analyse du parcours et du projet professionnel. Les périodes de mise en situation professionnelle (PMSP), les stages d'immersion, le tutorat ou le mentorat sont autant de modalités qui

facilitent l'intégration dans un nouveau poste. Le recours à des modules courts, ciblés sur les compétences à acquérir, permet une montée en compétence progressive et sécurisée. Les financements mobilisables, tels que le plan de formation de l'établissement ou les aides du FIPHFP, doivent être activés en cohérence avec les objectifs du reclassement. L'articulation entre formation et accompagnement individualisé est essentielle pour garantir la réussite du parcours. Elle permet à l'agent de se projeter, de retrouver confiance en ses capacités et de s'inscrire dans une dynamique professionnelle valorisante.

3.2.4 Faire évoluer les représentations : de la stigmatisation à l'inclusion

Les représentations sociales sont des constructions collectives qui permettent aux individus de donner du sens à des réalités complexes. Elles influencent les attitudes, les comportements et les jugements. Elles façonnent la manière dont les collègues, les encadrants, et même les professionnels eux-mêmes perçoivent l'inaptitude.

Dans un environnement hospitalier qui valorisent habituellement la résilience, la disponibilité et la polyvalence, l'inaptitude peut être perçue comme un échec personnel ou une incapacité à tenir le rythme. Cette perception peut engendrer de la culpabilité chez le professionnel concerné, et parfois du rejet ou de la suspicion de la part des collègues.

De plus, l'inaptitude est fréquemment associée à une forme de marginalisation : le professionnel peut être vu comme un "poids" pour l'équipe. Mme DM évoque les propos d'agents en ces termes « C'est une feignante, on nous l'a mise en plus, mais ça ne sert à rien, c'est vraiment un boulet ». Cela peut entraîner un isolement social, une perte de reconnaissance et une dévalorisation du rôle professionnel.

Quelquefois, l'origine de l'inaptitude influence les représentations, par exemple nous pouvons noter que lorsque celle-ci est liée à un accident de travail ou une maladie professionnelle il y a une meilleure acceptation de l'équipe. En revanche, dès lors que celle-ci est associée à des troubles psychiatriques ou à des pathologies moins « visibles », la tendance est plus à des représentation négatives voire soupçonneuses. Mme MEB s'étonne, selon elle, « en EPSM, le handicap invisible devrait être mieux compris qu'ailleurs ».

Enfin, la culture institutionnelle influence fortement les représentations sur l'inaptitude. Les structures valorisant la performance et la productivité renforcent davantage les représentations négatives tandis que d'autres plus centrées sur le bien-être au travail favorisent une approche plus inclusive et compréhensive.

Plusieurs répondants à l'enquête réalisée dans le cadre de ce mémoire évoquent une opposition des équipes à l'accueil de professionnels reclassés, souvent expliqué par la peur de devoir compenser les restrictions de l'agent, le manque de compétences perçues chez l'agent reclassé, le risque d'absentéisme ou de désorganisation du service

ou encore le glissement de tâches ou la charge de travail supplémentaire. *« Les autres professionnels manifestent parfois une opposition au reclassement dans leur service, par crainte de devoir faire à la place de l'agent ou de devoir s'adapter à ses limitations ».* Les managers eux-mêmes, déplore le manque de ressources humaines supplémentaires permettant de « compenser » la perte de productivité des agents en cours d'adaptation au poste.

Ces représentations, bien qu'ancrées dans les pratiques et les mentalités, ne sont pas figées. Elles peuvent évoluer sous l'effet de politiques publiques et institutionnelles, ainsi qu'à partir d'initiatives managériales. De même, la dynamique autour des politiques de prévention des risques psychosociaux, de la sensibilisation au handicap ainsi que des dispositifs de maintien dans l'emploi contribuent à faire évoluer le regard porté sur l'inaptitude. En Charentes, par exemple, 11 établissements de santé, soutenus par l'ANFH, le FIPHFP, la MNH et BFM, se sont associés pour créer une bande dessinée afin de sensibiliser sur le sujet du handicap au travail (annexe 13).

PARTIE 4 : Conditions de réussite et recommandations pour une politique RH durable et inclusive

4.1 Les leviers d'une mise en œuvre efficace de la PPR

Comme nous l'avons vu, la mise en œuvre efficace d'un dispositif de PPR repose sur une mobilisation coordonnée des acteurs institutionnels et opérationnels. L'implication de la gouvernance, la formation des encadrants et la mise en place d'outils de repérage sont des leviers essentiels. Selon le Guide pratique du FIPHFP (2016), la prévention des inaptitudes professionnelles doit s'inscrire dans une logique d'anticipation, en mobilisant aussi bien les ressources internes (médecine du travail, RH, encadrants) qu'externes (structures relais, organismes de formation).

Les chiffres clés de la fonction publique montrent que la FPH emploie 1,21 million d'agents, soit 21 % de l'emploi public. Les agents hospitaliers sont particulièrement exposés aux risques d'usure professionnelle, notamment dans les métiers du soin et de l'accompagnement. La mise en place de dispositifs de maintien dans l'emploi est donc un enjeu stratégique pour pérenniser les compétences, prévenir la désinsertion professionnelle et garantir la continuité du service public hospitalier.

4.1.1 Une gouvernance RH structurée et un pilotage stratégique du dispositif

La gouvernance RH doit s'appuyer sur une structure de pilotage dédiée, capable de suivre les indicateurs, d'évaluer les actions et de coordonner les acteurs. Dans cette perspective, la Loi n° 2019-828 du 6 août 2019 relative à la transformation de la fonction publique a instauré l'obligation, pour tous les employeurs publics, de constituer une Base de Données Sociales (BDS). Cette obligation a été précisée pour la Fonction publique hospitalière par

l'arrêté du 28 avril 2022, qui fixe la liste des 171 indicateurs à renseigner, dont plusieurs concernent directement les parcours professionnels, les reclassements, les aménagements de poste ou les stratégies de prévention de santé au travail.

La collecte de ces données est pilotée par l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH), qui met à disposition des établissements un portail dédié et des outils d'accompagnement. La BDS, entièrement dématérialisée, vise à renforcer la transparence, le dialogue social et le pilotage stratégique des politiques RH. Elle est accessible aux membres des comités sociaux (CSE et F3SCT) et constitue la source principale d'alimentation du Rapport Social Unique (RSU), qui remplace depuis 2023 le bilan social et le rapport sur l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes.

Dans le contexte de l'établissement, la mise en œuvre de cette base de données sociales s'est heurtée à des difficultés techniques et organisationnelles. Bien qu'identifiée comme une priorité pour l'année 2025 par le service des Ressources humaines, et plus particulièrement par le contrôleur de gestion sociale, la BDS n'est pas encore opérationnelle. Une première tentative d'élaboration du RSU a été engagée en juillet, mais des incohérences importantes dans les données extraites ont empêché sa finalisation. La consolidation de la base et la production d'un RSU conforme sont désormais envisagées pour la fin de l'année 2025.

Un service des ressources humaines structuré constitue un levier essentiel pour la performance et la stabilité d'un établissement hospitalier. Pour le Centre Hospitalier de Montfavet il s'agit d'un objectif prioritaire pour les deux prochaines années. Comme le souligne DN lors de l'entretien « On n'a pas de repérage des postes vacants », ou encore « Il faut une mise en adéquation entre les vacances de poste et la GPMC [...] Il faut que ça passe par la cellule handicap ». L'entretien avec DM conforte cette difficulté majeure « A chaque fois, les personnes reclassées, on est sur du cas particulier [...] Ce n'est pas réfléchi institutionnellement. Il n'y a pas de projet ».

La mise en place d'une politique RH claire, appuyée par des outils opérationnels tels que la GPMC (gestion prévisionnelle des emplois et des compétences), des fiches de postes actualisées, des tableaux de bord d'indicateurs et un suivi rigoureux des postes vacants, permet de répondre efficacement aux enjeux de recrutement, de fidélisation et de mobilité interne. Cette structuration favorise également une connaissance fine des métiers, des compétences associées et des dynamiques professionnelles propres à l'hôpital public. Elle est indispensable pour accompagner les parcours, notamment dans le cadre du reclassement, qui exige une capacité à identifier des passerelles entre métiers, à proposer des solutions adaptées et à sécuriser les transitions professionnelles. En ce sens, la fonction RH ne se limite pas à une gestion administrative : elle devient un acteur stratégique de la qualité de vie au travail, de la prévention de la désinsertion professionnelle et de la continuité du service public hospitalier.

4.1.2 Une coopération interservices renforcée et un suivi individualisé des parcours

Selon notre postulat, la réussite du reclassement repose sur une approche interdisciplinaire, permettant de construire des parcours individualisés, adaptés aux contraintes de santé et aux compétences des agents. Toutefois, cette approche ne peut s'épanouir que sur un terrain institutionnel favorable. Or, comme nous l'avons vu précédemment, le milieu hospitalier ne constitue pas toujours un environnement propice à ce type de démarche.

Au-delà des représentations négatives, de la stigmatisation persistante et des expériences antérieures parfois mal vécues, les établissements hospitaliers sont confrontés à une réalité structurelle contraignante : la rareté des postes aménageables ou compatibles avec les restrictions médicales des professionnels concernés. Cette limitation rend chaque situation de maintien dans l'emploi particulièrement complexe à gérer pour les services RH, qui se retrouvent souvent en position de gestion de crise, plutôt que dans une logique d'anticipation et d'accompagnement.

La difficulté est d'autant plus marquée lorsque certains reclassements sont opérés de manière unilatérale, sans concertation avec les responsables de service, ni proposition de formation qualifiante pour l'agent concerné. Mme MEB le déplore « On reçoit des fiches d'inaptitude sans discussion préalable [...] Quand on relance la DRH, on n'a pas toujours de réponse ». Ces pratiques, bien qu'animées par une volonté de trouver une solution rapide, peuvent avoir des effets contre-productifs : elles alimentent les réticences des équipes à accueillir un agent reclassé, renforcent les tensions internes et contribuent à fragiliser la légitimité du dispositif de maintien dans l'emploi.

4.1.3 Une évaluation qualitative

L'évaluation des dispositifs de maintien dans l'emploi ne peut se limiter à une approche formelle ou administrative. Elle doit s'appuyer sur une analyse croisée de retours d'expérience et d'indicateurs à la fois qualitatifs et quantitatifs, permettant de mesurer l'impact réel des actions menées sur les parcours professionnels des agents concernés.

Les retours d'expériences, recueillis auprès des agents reclassés, des encadrants, des services RH ou des partenaires externes, constituent une source précieuse d'apprentissage. Ils permettent d'identifier les leviers de réussite, les freins rencontrés, mais aussi les conditions favorables à une réintégration réussie. Ces témoignages, lorsqu'ils sont valorisés, contribuent à faire évoluer les représentations autour du reclassement et à renforcer la culture de l'inclusion.

Parallèlement, le suivi d'indicateurs tels que le taux de reclassement effectif, la durée moyenne des PPR, le nombre de mobilités internes réussies ou encore le taux de satisfaction des agents accompagnés, permet d'objectiver les résultats et d'ajuster les dispositifs en continu.

Au contraire, la capitalisation des expériences réussies suppose une volonté institutionnelle de partager les bonnes pratiques, de documenter les parcours inspirants. Elle constitue un levier puissant pour diffuser une culture managériale plus humaine, proactive et engagée dans la prévention de la désinsertion professionnelle.

4.2 Vers une culture de l'inclusion dans la fonction publique hospitalière

4.2.1 Intégrer la PPR dans la politique QVCT et capitaliser sur les expériences réussies

Intégrer la PPR dans une politique de QVT, c'est reconnaître que la qualité de vie au travail ne se limite pas aux conditions matérielles, mais englobe le sentiment de reconnaissance, la justice organisationnelle, et la possibilité de se projeter dans un avenir professionnel porteur de sens.

Mais c'est aussi reconnaître et valoriser les parcours de reclassement réussis afin de promouvoir une vision positive du reclassement :

- **Communiquer sur les réussites**, via des témoignages anonymisés ou des retours d'expérience partagés en interne.
- **Offrir des perspectives d'évolution** aux agents reclassés, pour éviter qu'ils ne soient perçus comme « en fin de parcours ».
- **Renforcer le sentiment d'utilité et d'appartenance**, en impliquant les agents dans des projets collectifs ou en valorisant leurs compétences transférables.

4.2.2 Promouvoir une approche inclusive du management

Une gestion proactive et inclusive ne peut se décréter : elle se construit dans la durée, à travers une vision partagée, des pratiques cohérentes et des moyens adaptés. Dans la fonction publique hospitalière (FPH), cette dynamique reste encore largement à consolider. En effet, la culture managériale dominante demeure marquée par une logique curative, centrée sur la gestion des situations une fois qu'elles sont avérées (inaptitude, arrêt longue durée), plutôt que sur une anticipation des fragilités et une prévention active des ruptures professionnelles.

Cette approche réactive s'explique en partie par des représentations persistantes : l'expression des difficultés est encore trop souvent perçue comme un aveu de faiblesse, tant par les agents que par leurs encadrants. Ce biais culturel freine la détection précoce des signaux faibles et limite les possibilités d'intervention en amont. Par ailleurs, la posture managériale reste fréquemment verticale, centrée sur le contrôle et la performance, au détriment d'une posture d'écoute, de soutien et de co-construction.

Le développement d'un management inclusif suppose donc une transformation en profondeur des pratiques d'encadrement. Il s'agit de former les managers à la gestion humaine des parcours, à l'accompagnement des transitions professionnelles, et à la

reconnaissance des fragilités comme des éléments normaux de toute trajectoire de vie au travail. Cette formation doit intégrer des dimensions relationnelles (écoute active, communication bienveillante, gestion des émotions), mais aussi des compétences techniques (repérage des signaux faibles, articulation avec les acteurs de la prévention, mobilisation des dispositifs RH). L'essor des formations immersives en réalité virtuelle pourrait également enrichir ces apprentissages, en permettant aux encadrants de vivre des mises en situation réalistes et de mieux comprendre les ressentis des agents en difficulté.

Un management inclusif repose également sur une meilleure articulation entre les différents services de l'établissement : ressources humaines, médecine du travail, direction des soins, service social, référents handicap. Cette coopération interdisciplinaire permet de construire des réponses adaptées, coordonnées et respectueuses des parcours individuels. Elle favorise une culture de la prévention partagée, où chaque acteur se sent légitime et responsable de la qualité de vie au travail.

Enfin, promouvoir une approche inclusive du management, c'est aussi valoriser les pratiques inspirantes, reconnaître les encadrants engagés dans l'accompagnement de leurs équipes, et inscrire cette dynamique dans les politiques institutionnelles. Cela suppose un engagement fort de la gouvernance, une reconnaissance symbolique et concrète des efforts déployés, et une évaluation régulière des impacts sur les parcours professionnels et la performance collective.

4.3 Empowerment et dynamiques de reclassement : une réponse graduée aux besoins et capacités des agents

L'empowerment, ou autonomisation, vise à renforcer le pouvoir d'agir des individus, leur confiance en eux, leur capacité à prendre des décisions et à s'approprier leur parcours professionnel. Dans cette logique d'empowerment, et dans le cadre du reclassement, le premier niveau d'accompagnement repose sur la désignation d'un référent de parcours. En complément de ce premier niveau, d'autres dispositifs peuvent être mobilisés pour renforcer le pouvoir d'agir des agents, notamment le coaching professionnel, qui s'inscrit pleinement dans la logique d'empowerment telle que définie par Bandura¹⁹, pour qui l'auto-efficacité constitue un levier central de l'agentivité individuelle ». L'agentivité est ici entendu comme la faculté d'agir de manière autonome, la possibilité de prendre des décisions en fonction de ses propres valeurs, objectifs et contraintes et la capacité à transformer une situation, même dans un cadre institutionnel ou contraint. L'agentivité s'oppose à une posture passive ou subie, et s'inscrit dans une logique de responsabilisation et de reconnaissance du pouvoir d'agir.

¹⁹ **Bandura, A.** (2003). *Auto-efficacité : Le sentiment d'efficacité personnelle*. Bruxelles : De Boeck Université.

Si l'on considère que 91 % des répondants estiment leur participation au processus de reclassement comme très importante ou assez importante, alors il appartient à l'établissement de créer les conditions concrètes de cette implication, en adaptant ses modalités d'accompagnement aux capacités, aux besoins et aux rythmes des agents concernés.

4.3.1 Le référent : un appui précoce et personnalisé pour initier le parcours de reclassement

Dans le cadre de la Période de Préparation au Reclassement (PPR), la désignation d'un référent individuel pour chaque agent constitue un levier essentiel d'accompagnement. Ce référent, souvent issu des ressources humaines ou formé à l'accompagnement des parcours professionnels, incarne un point d'appui stable tout au long du processus. Il assure une présence régulière, facilite la coordination entre les différents acteurs (médecine du travail, encadrants, référents handicap, partenaires sociaux), et veille à la cohérence du projet de reclassement.

Le référent doit également organiser des entretiens réguliers, permettant à l'agent de verbaliser ses ressentis, d'explorer ses aspirations, et de construire progressivement une projection professionnelle réaliste. Il s'agit de renforcer l'agentivité de l'agent.

Ce rôle demande une posture exigeante, fondée sur la disponibilité, la neutralité bienveillante, et parfois le courage managérial : celui d'aborder les limites institutionnelles, de poser un cadre clair, et de soutenir l'agent dans des moments de doute ou de réorientation. Le référent n'est pas un décideur, mais un facilitateur, garant du respect du rythme et des besoins de l'agent.

Enfin, le référent contribue à la traçabilité du parcours, en documentant les étapes, les échanges et les évolutions du projet. Cette traçabilité est précieuse pour l'évaluation des dispositifs, mais aussi pour garantir la transparence et la qualité du suivi.

4.3.2 La Pair Aide comme outil de reconnaissance et de projection

La pair-aidance, définie comme une relation d'aide fondée sur le savoir expérientiel d'une personne ayant vécu une situation similaire, s'impose progressivement comme un outil innovant dans les parcours de rétablissement et d'accompagnement. En 2025, la Haute Autorité de Santé (HAS) a publié une note de cadrage soulignant son potentiel dans les établissements de santé, notamment dans les démarches de réhabilitation psychosociale et de soutien à l'autonomie.

Dans le cadre du reclassement dans la fonction publique hospitalière, la pair-aidance pourrait constituer un levier puissant de remobilisation pour les agents en situation d'inaptitude. Elle repose sur une relation horizontale, non hiérarchique, où l'agent aidant partage son expérience, ses doutes, ses réussites, et offre un espace de dialogue authentique.

Comme le souligne Axel Honneth²⁰ dans sa théorie de la reconnaissance, le fait d'être reconnu par ses pairs dans une situation de fragilité contribue à restaurer l'estime de soi et à reconstruire une identité professionnelle. La pair-aidance permet ainsi de rompre l'isolement, de valoriser les parcours atypiques, et de favoriser l'auto-détermination des agents concernés. Dans l'entretien mené avec Mme DM, cadre supérieur de santé, cette idée est clairement exprimée : « *Voir un autre infirmier qui a vécu la même chose, ça peut l'aider dans sa perspective de projet. Moi, infirmière, je ne peux pas accompagner un infirmier inapte, je ne sais pas ce que c'est.* »

Pour que la pair-aidance soit efficace, elle doit être encadrée et professionnalisée. Les pairs aidants doivent être formés, stabilisés dans leur propre parcours, et accompagnés dans leur posture. Comme pour les patients, il est essentiel de prévenir les risques de fusion émotionnelle ou de projection, et de garantir un cadre éthique et sécurisé. Mme DM insiste également sur ce point : « *Il faut que les pairs aidants soient suffisamment à distance de leur reclassement pour avoir le recul nécessaire.* »

Dans un contexte où les décisions de reclassement sont régulièrement prises sans concertation directe avec les agents concernés, la pair-aidance offre une alternative relationnelle fondée sur l'écoute, la confiance et le partage. Elle peut compléter, renforcer les dispositifs existants (PPR, accompagnement RH, coaching) en apportant une dimension humaine et expérientielle.

4.3.3 Le coaching professionnel

Dans la fonction publique également le coaching est désormais reconnu comme un outil d'accompagnement managérial et de développement du pouvoir d'agir, comme le souligne le guide publié par la Direction Interministérielle de la Transformation Publique (DITP) en 2021.

Il s'inscrit dans une démarche de développement du pouvoir d'agir, en favorisant l'autonomie, la confiance en soi et la capacité à se projeter dans un nouveau parcours.

Le coaching, qu'il soit individuel ou collectif, repose sur une posture d'écoute active, de questionnement et de valorisation des ressources internes de la personne. Il ne s'agit pas de conseiller ou de prescrire, mais d'aider l'agent à identifier ses propres solutions, à clarifier ses objectifs et à mobiliser ses compétences. Cette approche rejoint les principes de l'empowerment tels que définis par Albert Bandura²¹ (1986), notamment à travers la notion d'auto-efficacité, c'est-à-dire la croyance en sa capacité à réussir une tâche ou à surmonter une difficulté. Ce modèle me semble particulièrement pertinent dans le cadre

²⁰ **Honneth, A.** (2000). *La lutte pour la reconnaissance*. Paris : Éditions du Cerf. (Œuvre originale publiée en 1992)

²¹ Bandura, A. (2003). Auto-efficacité : Le sentiment d'efficacité personnelle. De Boeck Université
Nathalie LAUVERGEON - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique – 2024-2025 - 43 -

du reclassement dans la FPH, car il permet de penser l'accompagnement des agents en situation d'inaptitude comme une reconstruction active et valorisante.

Figure 3



Dans le contexte hospitalier, le coaching peut être mobilisé à différents moments du parcours :

- En amont d'un reclassement, pour aider l'agent à faire le point sur ses aspirations et ses capacités.
- Pendant une reconversion, pour soutenir la motivation et accompagner les étapes de changement.
- En complément d'un accompagnement RH ou médico-social, pour renforcer la cohérence du parcours.

Des établissements comme le CHU de Nantes ou les Hôpitaux Universitaires de Strasbourg ont expérimenté des dispositifs de coaching dans le cadre de leur politique handicap ou de prévention de l'usure professionnelle. Ces démarches ont permis de réduire les situations de désengagement, de favoriser la remobilisation des agents concernés, et de fluidifier les parcours de reclassement.

Ainsi, le coaching, en tant qu'outil d'accompagnement personnalisé, s'inscrit pleinement dans une stratégie de maintien dans l'emploi fondée sur l'empowerment. Il contribue à transformer une situation de vulnérabilité en opportunité de développement, à condition d'être intégré dans un dispositif global, soutenu par la gouvernance et articulé avec les autres acteurs du parcours.

4.3.4 L'outplacement dans la FPH – Un levier innovant pour le reclassement

L'outplacement, ou reclassement externe accompagné, est une démarche d'accompagnement individualisé visant à aider un salarié à retrouver un emploi à l'extérieur de son organisation, souvent après une rupture de contrat ou une inaptitude. Dans le

secteur privé, il s'agit d'un service proposé par l'employeur, souvent via un cabinet spécialisé, pour faciliter la transition professionnelle.

Transposé à la Fonction Publique Hospitalière, l'outplacement peut devenir un outil stratégique de gestion des ressources humaines, en particulier dans le cadre du reclassement des agents déclarés inaptes à leur poste mais toujours aptes à exercer une activité professionnelle.

L'outplacement pourrait répondre aux obligations légales de reclassement en structurant une recherche de poste proactive et personnalisée pour tout agent déclaré inapte. Il pourrait également être un levier à la désinsertion professionnelle. En effet, sans accompagnement, certains agents inaptes risquent de se retrouver isolés, démotivés, voire en arrêt prolongé. L'outplacement favorise une dynamique de projet et redonne du sens au parcours professionnel. Il pourrait remplacer ou compléter avantageusement le bilan de compétence proposé actuellement aux agents en réalisant un bilan approfondi des compétences, des aspirations et des possibilités de reconversion, en interne ou en externe, y compris vers d'autres versants de la fonction publique ou le secteur associatif.

Cet accompagnement individualisé permet d'adapter le dispositif aux besoins réels des agents. Il peut s'agir, par exemple, de coaching professionnel axé sur la confiance en soi, la communication et la gestion du changement, d'aide à la rédaction de CV et lettre de motivation, à la préparation aux entretiens d'embauche.

Les conditions de réussite de ce dispositif reposent en grande partie sur l'adhésion de l'agent, ses capacités d'introspection, mais également sur l'instauration d'un climat de confiance favorisé par l'intervention d'un tiers extérieur à l'établissement.

L'outplacement, bien que peu répandu dans la FPH, représente une opportunité majeure pour professionnaliser le reclassement. En l'adaptant aux spécificités du service public hospitalier, il peut devenir un levier d'inclusion, de valorisation des compétences et de performance sociale.

4.4 Recommandations pour une politique RH durable et humaine

AXE 1 : Renforcer les compétences et les postures des acteurs du reclassement

Recommandation 1 : Former les encadrants à la gestion des parcours fragilisés

Former les encadrants, c'est aussi leur donner les moyens d'exercer un courage managérial : celui d'aborder les situations complexes avec lucidité, de soutenir les agents dans leurs démarches, et de porter des décisions parfois difficiles mais nécessaires, dans le respect des personnes et des contraintes institutionnelles.

Le rôle des encadrants dans les parcours de reclassement est central, mais il est encore trop souvent sous-estimé dans les formations initiales, qu'il s'agisse de la prévention

primaire ou de l'accompagnement des agents en situation d'inaptitude. Cette lacune peut freiner la capacité des encadrants à intervenir de manière précoce et adaptée.

Il est donc essentiel de déployer des formations spécifiques, centrées sur :

- L'écoute active et la posture bienveillante,
- La détection des signaux faibles et des situations à risque,
- La gestion des transitions professionnelles,
- La posture inclusive et la valorisation des compétences transférables.

Ces compétences permettent non seulement de prévenir les ruptures de parcours, mais aussi de favoriser l'implication des agents dans leur reclassement, en créant un climat de confiance et de reconnaissance.

Recommandation 2 : Créer un référentiel de compétences managériales inclusives

Élaborer un référentiel partagé au sein de l'établissement, définissant les compétences attendues pour accompagner les agents en situation d'inaptitude ou de reclassement.

Ce référentiel, coconstruit avec les acteurs RH, les encadrants, les représentants du personnel et les experts du maintien dans l'emploi, permettrait de :

- Clarifier les attendus managériaux en matière d'écoute, de posture bienveillante, de gestion des fragilités et de coordination interdisciplinaire.
- Valoriser les soft skills indispensables à l'accompagnement : empathie, intelligence émotionnelle, capacité à créer un climat de confiance, gestion des conflits, adaptabilité.
- Outiller les encadrants avec des repères concrets pour détecter les signaux faibles, articuler les dispositifs de prévention, et soutenir les parcours de transition.
- Favoriser une culture commune autour de l'inclusion, en intégrant ces compétences dans les formations initiales et continues, les entretiens professionnels et les évaluations managériales.

Ce référentiel pourrait être décliné en fiches pratiques, modules de formation, et grilles d'auto-évaluation, et servir de socle à une politique RH plus humaine, équitable et durable.

Recommandation 3 : Déconstruire les représentations liées à l'inaptitude et valoriser les parcours de reclassement réussis

Lutter contre les stigmatisations en valorisant la diversité des parcours et les compétences transférables. Promouvoir une culture de l'inclusion et de la reconnaissance, en considérant les agents reclassés comme des ressources à part entière.

La valorisation des parcours de reclassement réussis constitue un levier puissant pour faire évoluer les représentations. Témoignages anonymisés, retours d'expérience, présentations

en instances : ces outils permettent de renforcer le sentiment d'appartenance, de légitimer les trajectoires atypiques et de sensibiliser l'ensemble des professionnels à la richesse des parcours.

Cette démarche doit s'accompagner d'une réflexion sur les exigences des postes. Trop souvent, les fiches de poste sont construites sur des standards implicites, parfois inadaptés à la diversité des profils. Interroger ces exigences, les adapter, et identifier les compétences réellement nécessaires permet d'ouvrir des perspectives de reclassement plus réalistes et plus inclusives. Cela suppose une collaboration étroite entre les RH, les encadrants, les référents handicap et les représentants du personnel.

En valorisant les compétences, en respectant les contraintes, et en repensant les exigences, l'établissement peut construire une politique de reclassement fondée sur l'équité, la reconnaissance et l'intelligence collective.

AXE 2 : Structurer une gouvernance du reclassement

Recommandation 4 : Structurer une gouvernance dédiée au reclassement et l'inscrire dans une politique de mobilité interne inclusive

La cellule de pilotage interdisciplinaire dédiée au reclassement est essentielle pour garantir une coordination efficace et une cohérence des décisions dans le cadre de la Période de Préparation au Reclassement (PPR). Cette instance doit réunir les ressources humaines, la médecine du travail, les encadrants de proximité, les référents handicap, ainsi que les représentants du personnel. Elle assure le suivi individualisé des parcours, facilite les échanges entre les acteurs et veille à la qualité du processus de reclassement.

Pour renforcer son efficacité, cette gouvernance doit s'inscrire dans une politique de mobilité interne clairement définie, où le reclassement est reconnu comme une modalité à part entière de transition professionnelle. Cela implique par exemple la création d'une cartographie des postes dits "à charges modérées", identifiés en fonction de critères ergonomiques, organisationnels et médicaux. Cette cartographie permet d'anticiper les possibilités de reclassement, de sécuriser les parcours et de favoriser une meilleure adéquation entre les capacités des agents et les exigences des postes.

L'implication des encadrants de proximité dans cette démarche est déterminante : ils sont les premiers relais de terrain, capables d'évaluer les conditions réelles de travail et d'accompagner les agents dans leur intégration. Leur mobilisation, soutenue par des actions de formation et de sensibilisation, contribue à créer un environnement professionnel bienveillant et inclusif.

En structurant le reclassement autour d'une vision collective et responsable, l'établissement renforce sa capacité à répondre aux enjeux humains et organisationnels de manière durable.

Recommandation 5 : Renforcer le rôle du service de santé au travail dans le pilotage du reclassement

Le service de santé au travail (SST) joue un rôle central dans la prévention de l'inaptitude et le maintien dans l'emploi. Pourtant, son implication dans le pilotage des parcours de reclassement reste souvent limitée à l'émission d'avis médicaux, faute de moyens humains suffisants ou de coordination institutionnelle.

Il est donc recommandé de renforcer son rôle dès les premiers signaux de fragilité, en lui confiant une mission de coordination précoce du processus de reclassement, en lien étroit avec les ressources humaines, les encadrants et les référents handicap. Cette évolution suppose :

- Une meilleure articulation entre le SST et les cellules de maintien dans l'emploi, avec une participation systématique aux réunions de suivi.
- La désignation d'un référent santé au travail pour chaque situation de PPR, garant de la cohérence entre les restrictions médicales, les propositions de poste et les besoins de l'agent.
- Le développement d'outils de repérage partagé des signaux faibles, permettant d'anticiper les ruptures de parcours.
- Une prise en compte du manque de médecins du travail, en mobilisant des ressources complémentaires (psychologues du travail, infirmiers en santé au travail, ergonomes) et en facilitant les partenariats avec des services inter-établissements.

En positionnant le SST comme un acteur stratégique du reclassement, l'établissement renforce sa capacité à prévenir les désinsertions professionnelles et à construire des parcours plus sécurisés et plus humains.

Recommandation 6 : Formaliser une procédure de gestion des postes vacants et aménageables

L'absence de visibilité sur les postes vacants ou aménageables constitue un frein majeur à la mise en œuvre efficace des parcours de reclassement. Pour dépasser une gestion au cas par cas, il est essentiel de mettre en place une procédure formalisée de suivi des postes, articulée avec la GPMC et les politiques de maintien dans l'emploi.

Cette procédure pourrait s'appuyer sur un outil de cartographie dynamique, recensant :

- Les postes vacants ou en voie de libération (départs à la retraite, mobilités internes).
- Les postes à charge modérée, identifiés selon des critères ergonomiques, organisationnels et médicaux.
- Les postes occupés par des agents avec restrictions, afin d'anticiper les besoins d'aménagement ou de reclassement.

Ce dispositif permettrait :

- Une meilleure anticipation des possibilités de reclassement, en interne ou dans le cadre du GHT.
- Une fluidification des parcours, en facilitant les projections et les immersions.
- Une valorisation des postes adaptés, souvent perçus comme des solutions par défaut, mais qui peuvent devenir des leviers d'inclusion.

La mise en œuvre de cette procédure suppose une collaboration étroite entre les RH, les encadrants, le service de santé au travail et les référents handicap, ainsi qu'un engagement de la gouvernance pour en faire un outil stratégique de pilotage RH.

Recommandation 7 : Intégrer la PPR dans une stratégie RH globale, inclusive et partagée

La gestion de l'inaptitude et du reclassement doit être pleinement intégrée aux Lignes Directrices de Gestion (LDG), afin de garantir une approche cohérente, anticipée et équitable au sein de l'établissement. La Période de Préparation au Reclassement (PPR) doit ainsi devenir un levier structurant de la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences (GPMC), en lien avec les enjeux de fidélisation, de mobilité interne et de qualité de vie au travail.

Son articulation avec les politiques de QVCT, de prévention des risques professionnels et d'inclusion du handicap doit être pensée de manière transversale.

Pour que cette dynamique soit pleinement efficace, elle doit reposer sur l'implication de l'ensemble des acteurs de l'établissement, et en particulier des encadrants de proximité, qui jouent un rôle clé dans l'accompagnement quotidien des agents. Leur sensibilisation, leur formation et leur engagement sont essentiels pour garantir une mise en œuvre humaine et adaptée de la PPR.

Enfin, cette stratégie doit s'appuyer sur des valeurs communes, partagées par tous : respect, écoute, équité et bienveillance. C'est en plaçant la santé et le parcours professionnel de chaque agent au cœur des préoccupations collectives que l'on peut construire une organisation plus résiliente, inclusive et durable.

Recommandation 8 : Renforcer l'évaluation qualitative des dispositifs de reclassement dans une logique de prévention et de dialogue social

L'évaluation des dispositifs de reclassement doit dépasser les seuls indicateurs quantitatifs pour intégrer une approche qualitative, centrée sur l'expérience des agents et la pertinence des parcours proposés. Il est recommandé de mettre en place des indicateurs de suivi tels que :

- La durée moyenne des PPR,

- Le taux de reclassement effectif,
- Le niveau de satisfaction des agents accompagnés,
- Ainsi que des indicateurs de maintien dans l'emploi à moyen terme.

Cette évaluation doit être partagée régulièrement avec les instances représentatives du personnel, et notamment la Formation Spécialisée en Santé, Sécurité et Conditions de Travail (F3SCT), qui joue un rôle central dans le suivi des situations individuelles et la prévention des risques professionnels. Leur implication permet de garantir une lecture collective et transparente des résultats, tout en favorisant l'amélioration continue des pratiques.

Par ailleurs, cette démarche d'évaluation doit s'inscrire dans une logique de prévention primaire, en identifiant les facteurs organisationnels ou environnementaux qui contribuent aux situations d'inaptitude. Cela suppose une mobilisation effective du Document Unique d'Évaluation des Risques Professionnels (DUERP), qui doit être actualisé en lien avec les retours d'expérience issus des parcours de reclassement. Les enseignements tirés peuvent ainsi nourrir des actions concrètes de prévention, d'adaptation des postes et d'amélioration des conditions de travail. Parallèlement, il serait utile d'adapter les entretiens professionnels pour tous, ou a minima pour les agents exposés à un risque d'usure professionnelle afin de prévenir et/ou d'anticiper les situations d'inaptitudes.

AXE 3 : Expérimenter des approches structurées et innovantes d'accompagnement

Recommandation 9 : Mettre en œuvre un accompagnement personnalisé, innovant et rigoureux

Pour renforcer l'empowerment des agents en situation d'inaptitude, il est essentiel de proposer des dispositifs d'accompagnement innovants, tels que le coaching professionnel, l'outplacement, ou encore la pair-aidance. Ces approches permettent de restaurer la confiance, de soutenir la projection professionnelle et de sécuriser les parcours de reclassement.

Cependant, l'innovation ne peut se substituer à une structuration rigoureuse du processus d'accompagnement. Chaque agent doit pouvoir bénéficier d'un référent dédié, identifié dès le début de la PPR, qui assure un suivi personnalisé tout au long du parcours. Ce référent joue un rôle pivot : il coordonne les interventions, facilite les échanges avec les différents acteurs (RH, encadrants, médecine du travail, etc.), et veille à la cohérence du projet professionnel.

Le processus doit inclure :

- Des entretiens réguliers et programmés,
- Une écoute active des besoins et des aspirations de l'agent,
- Une analyse fine des compétences transférables,
- Et l'ouverture vers des perspectives professionnelles réalistes et motivantes.

Ce suivi ne peut être efficace sans une posture managériale engagée. Le courage managérial est ici fondamental : il s'agit d'oser aborder les situations complexes avec transparence, de reconnaître les limites organisationnelles tout en cherchant des solutions, et de soutenir les agents dans des moments de vulnérabilité. C'est aussi avoir le courage de dire non à un projet irréalisable, tout en proposant des alternatives crédibles et respectueuses.

Enfin, ces dispositifs doivent être évalués et ajustés régulièrement, en lien avec les retours d'expérience des agents et des professionnels impliqués, pour garantir leur pertinence et leur efficacité.

CONCLUSION

Ce mémoire a mis en lumière les enjeux multiples et complexes liés à la gestion de l'inaptitude dans la fonction publique hospitalière, en s'attachant plus particulièrement à la mise en œuvre de la Période de Préparation au Reclassement (PPR). À travers une analyse croisée du cadre réglementaire, des pratiques de terrain et des représentations institutionnelles, il apparaît que la PPR, bien qu'encadrée juridiquement, reste encore trop souvent perçue comme une contrainte administrative plutôt que comme une opportunité stratégique.

Pourtant, la PPR offre un cadre structurant et protecteur, à même de transformer une situation de fragilité en levier de valorisation des compétences, de remobilisation professionnelle et d'inclusion durable. Elle incarne une nouvelle manière de penser les parcours professionnels à l'hôpital, fondée sur la reconnaissance, la co-construction et l'anticipation.

La PPR, si elle est pilotée et pleinement investie par l'ensemble des acteurs, peut devenir un outil puissant pour articuler les enjeux de prévention, de mobilité interne, de reconnaissance et de fidélisation.

Ce travail comporte certaines limites méthodologiques qu'il convient de souligner. L'enquête repose sur un nombre restreint d'établissements (18) et de répondants (47 pour les directions, 241 pour les agents), ce qui limite la généralisation des résultats. De plus, les entretiens semi-directifs, bien que riches, reflètent des perceptions individuelles et situées, influencées par le contexte local et les expériences personnelles. Enfin, la temporalité du mémoire, inscrite dans une période de réforme et de transition, peut également influencer la réception des résultats.

Les enseignements de ce mémoire, bien qu'ancrés dans une problématique RH spécifique, présentent une forte transférabilité vers d'autres fonctions de direction hospitalière. En effet, la réflexion sur la PPR et le reclassement interroge plus largement la capacité de l'institution à accompagner les transitions professionnelles, à reconnaître les parcours atypiques et à valoriser les compétences dans une logique de gestion humaine et stratégique.

Que l'on soit en charge d'un pôle clinique, d'un service médico-technique, d'une direction des soins ou d'un projet territorial, les principes mis en lumière — co-construction, reconnaissance, empowerment, coordination interdisciplinaire — sont pleinement mobilisables. Ils peuvent nourrir des démarches de qualité de vie au travail, de prévention des risques, de conduite du changement ou encore de développement managérial.

Ainsi, ce travail m'a permis de développer une posture de direction fondée sur l'écoute active, la valorisation des compétences, et la recherche de solutions durables et inclusives,

quelle que soit la fonction exercée. Il m'a également confortée dans l'idée que le management hospitalier ne peut se limiter à une gestion technique, mais qu'il doit s'ancrer dans une vision éthique et humaine du service public.

Enfin, une piste d'évolution majeure pourrait consister à confier une partie du pilotage de la Période de Préparation au Reclassement (PPR) au service de santé au travail. En tant qu'acteur neutre, pluridisciplinaire et centré sur la santé globale des agents, ce service dispose d'une légitimité forte pour initier et coordonner les étapes du reclassement, en articulant les dimensions médicales, psychosociales, confidentielles et professionnelles. Son implication dès les premiers signaux de fragilité permettrait de renforcer la prévention, d'anticiper les ruptures de parcours et de sécuriser les transitions professionnelles.

Dans cette configuration, le rôle de la direction des ressources humaines serait redéfini autour d'un pilotage structurel et stratégique. Elle assurerait la gestion des postes vacants, la mise en œuvre de la GPMC, l'activation du plan de formation. Concernant l'animation de la cellule d'adéquation à l'emploi, celle-ci pourrait s'envisager plus collaborative. Cette complémentarité entre santé au travail et DRH permettrait de dépasser une logique purement administrative pour construire une politique RH fondée sur la coopération, la reconnaissance et l'inclusion.

En plaçant la santé au cœur du processus, l'établissement affirmerait sa volonté de « prendre soin de ceux qui soignent », dans une logique de dignité, de valorisation des parcours et de transformation durable des pratiques managériales.

En définitive, transformer l'inaptitude en opportunité, c'est reconnaître que chaque agent, même fragilisé, porte en lui une richesse d'expérience, de savoir-faire et de potentiel. C'est aussi affirmer que l'hôpital public, en tant qu'institution de soin, se doit d'être exemplaire dans sa capacité à prendre soin de ses propres professionnels. La PPR, si elle est pleinement investie, peut devenir le catalyseur de cette transformation.

Bibliographie

Ouvrages :

- Bandura, A. (2003). *Auto-efficacité : Le sentiment d'efficacité personnelle*. Bruxelles : De Boeck Université.
- Crozier, M. & Friedberg, E. (1977). *L'acteur et le système*. Paris : Éditions du Seuil.
- Fleury, C. (2023). *La clinique de la dignité*. Paris : Éditions du Seuil.
- Rogers, C. (1966). *Le développement de la personne*. Paris : Dunod.
- Weber, M. (1971). *Économie et société*. Paris : Plon.

Articles :

- Alloing, C. & Moinet, N. (2016). *Les signaux faibles : du mythe à la mystification*. Hermès, La Revue, n°76, pp. 86–92.
- Bernoux, P. (2016). *Le travail comme activité*. *Sociologie et sociétés*, vol. 48, n°1, pp. 15–34.
- Fabre, A. (2021). *Prévenir l'inaptitude dans la fonction publique*. *Revue française d'administration publique*, 179(3), 521–534.

Rapports, guides et avis :

- DITP (2021). *Le guide du coaching professionnel dans la fonction publique*.
- FIPHFP (2022). *Le maintien dans l'emploi, une obligation pour l'employeur*.
- HAS (2025). *Note de cadrage sur la pair-aidance*.
- Ministère de la Transformation et de la Fonction publiques (2022). *Arrêté du 28 avril 2022 sur la BDS*.
- Guide Handi-Pacte (2016). *Prévenir l'inaptitude et favoriser le maintien dans l'emploi*.
- Guide de présentation de la loi n° 2019-828 du 6 août 2019 de transformation de la fonction publique et de son calendrier de mise en œuvre [20190927-guide-presentation-LTFP.pdf](#)
- [Guide relatif à la Base de données sociales pour la fonction publique hospitalière](#)

Recherche, études et sondages :

- DREES (2021). *Études et Résultats n°1215*.
- Observatoire MNH (2024). *État de santé des soignants*. [Présentation PowerPoint](#)
- CNRACL (2024). *Rapport hospitaliers*.
- RESAH (2023). *Améliorer le bien-être au travail à l'hôpital*.

Webographie :

- Hospimedia Expert – Réponse sur la PPR
- Note FHF – Procédure de préparation au reclassement
- Observatoire MNH – Décideurs Hospitaliers
- Webinaire ANFH Picardie – Inaptitude
- Webinaire FIPHFP – Référents handicap

Textes législatifs ou réglementaires :

- Code général de la fonction publique, Livre VIII, Titre II, Chapitre VI, Articles L826-1 à L826-6.
- Décret n°2021-612 du 18 mai 2021 relatif à la période de préparation au reclassement.
- Décret n°2022-630 du 22 avril 2022 relatif au reclassement des fonctionnaires reconnus inaptes.
- Décret n°89-376 du 8 juin 1989 relatif au reclassement des fonctionnaires hospitaliers reconnus inaptes à l'exercice de leurs fonctions.
- Décret n°88-976 du 13 octobre 1988 relatif à la disponibilité d'office pour inaptitude physique, Titre IV, Article 28, Chapitre Ier, Articles 29 et 30
- Loi n°2019-828 du 6 août 2019 relative à la transformation de la fonction publique.
- Arrêté du 28 avril 2022 fixant la liste des indicateurs de la Base de Données Sociales.

Figures :

- Figure 1 : Les étapes du reclassement ANFH – Support webinaire "Focus RH" portant sur la période préparatoire au reclassement – 16/03/2023 - ANFH Rhône
- Figure 2 : L'équilibre entre les injonctions paradoxales - Support webinaire "Focus RH" portant sur la période préparatoire au reclassement – 16/03/2023 - ANFH Rhône
- Figure 3 : Modèle d'empowerment selon Albert Bandura : concept central d'auto-efficacité (self-efficacy), c'est-à-dire la croyance qu'un individu a en sa capacité à réussir une tâche ou à surmonter une difficulté.

Liste des annexes

- **Annexe 1** : Résultats enquête annuelle observatoire MNH vague 4 « Etat de santé des soignants et des personnels hospitaliers » - 2024
- **Annexe 2** : Questionnaire N°1 à l'attention des directions et managers d'établissements de santé en France Métropolitaine
- **Annexe 3** : Présentation des résultats du questionnaire N° 1
- **Annexe 4** : Verbatims issus du questionnaire N°1
- **Annexe 5** : Questionnaire N°2 à l'attention de l'ensemble des agents du CHM
- **Annexe 6** : Présentation des résultats du questionnaire N° 2
- **Annexe 7** : Verbatims issus du questionnaire N°2
- **Annexe 8** : Grille d'entretien N° 1 et retranscription Référente handicap
- **Annexe 9** : Grille d'entretien N° 2 et retranscription Direction des Soins
- **Annexe 10** : Grille d'entretien N°3 et retranscription Cadre paramédical de pôle
- **Annexe 11** : Logigramme PPR du CHM en cours d'élaboration
- **Annexe 12** : Contexte et mise en œuvre de la PPR au CHM en cours d'élaboration
- **Annexe 13** : Bande dessinée - Unis dans nos différences
- **ANNEXE 14** : ANFH - RECOPRO : Dispositif d'accompagnement et de formation

Annexe 1 : Résultats enquête annuelle observatoire MNH vague 4 « Etat de santé des soignants et des personnels hospitaliers » - 2024

Les 7 enseignements-clés de l'Observatoire-MNH 2024 sur la santé des soignants *Gaël Sliman, Président d'Odoxa*

La santé des soignants et leur stress au travail sont toujours préoccupants, mais la tendance s'améliore

1. Les professionnels de santé sont (toujours) moins heureux au travail que les autres salariés (64% vs 77%), mais, après des années de dégradation, les choses s'améliorent : +10 points en deux ans, et +26 points en quatre ans.
2. Les violences qu'ils subissent plus que les autres actifs expliquent un stress au travail nettement accru chez les professionnels de santé : 56% vivent au moins une situation de violence au travail... soit 18 points de plus que les autres salariés (38%).
3. Plus stressés, les soignants sont moins heureux de leur équilibre vie pro/vie perso que les autres actifs (54% vs 75%) et plus souvent malades (46% vs 28%).
4. Plus de 6 professionnels de santé sur 10 ont des difficultés à dormir.
5. 54% des professionnels de santé ont des comportements nocifs pour leur santé (alcool, tabac, cannabis, anxiolytiques).
6. Les soignants sont plus nombreux que « leurs patients » à se sentir en mauvaise santé, et surtout, ils sont deux fois plus nombreux (29%) à se sentir en mauvaise santé mentale.
7. En termes de prévention, les soignants sont moins sérieux que leurs patients : près d'une soignante sur deux n'a jamais effectué d'examen de dépistage du cancer du sein alors que les deux tiers des salariées en ont effectué un (67% chez les Françaises vs 53% chez les soignantes).

ANNEXE 2 : Questionnaire N°1 à l'attention des directions et managers d'établissements de santé en France Métropolitaine



LE PROCESSUS DE RECLASSEMENT DANS LES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ

Dans le cadre de mon mémoire de directrice d'hôpital, je vous invite à participer à une enquête sur la mise en œuvre de la Période de Préparation au Reclassement (PPR) dans les établissements publics de santé.

Ce questionnaire est diffusé dans plusieurs régions de France métropolitaine auprès d'établissements publics de santé de différentes tailles.

Vos réponses seront traitées de manière strictement confidentielle et anonymes. Les données recueillies seront utilisées uniquement dans le cadre de cette étude.

Le temps estimé pour répondre à ce questionnaire est d'environ 10 minutes.

Votre participation est essentielle et je vous remercie par avance pour votre contribution.

VOTRE PROFIL

Quelles fonctions occupez-vous dans l'établissement ?

- | | |
|---|---|
| ☐ Directeur/Directrice Général(e) Directeur | ☐ Médecin du travail |
| ☐ Directrice des Ressources Humaines | ☐ Cadre supérieur |
| ☐ Directeur/Directrice Adjoint(e) (hors DRH) | ☐ Cadre de proximité |
| ☐ Directeur/Directrice des Soins | ☐ Infirmier(e), |
| ☐ Médecin Chef de pôle ou de Service | ☐ Psychologue, |
| | ☐ Ergothérapeute |
| | ☐ Autres |

Depuis combien d'années exercez-vous dans l'établissement ?

- | | |
|---|--|
| ☐ Moins d'1 an | ☐ Entre 4 et 10 ans |
| ☐ Entre 1 et 4 ans | ☐ Plus de 10 ans |

Dans quelle mesure êtes-vous impliqué(e) dans le processus de reclassement de votre établissement ?

- ☐ Vous n'êtes pas impliqué(e)
- ☐ Vous participez ponctuellement à l'accompagnement d'agents
- ☐ Vous êtes acteur régulier du dispositif de reclassement
- ☐ Vous coordonnez ou pilotez le processus de reclassement de l'Ets

VOTRE ÉTABLISSEMENT

Dans quelle région se situe l'établissement ou vous exercez ?

- | | |
|--|---|
| ☐ Rhône-Alpes | ☐ Île de France |
| ☐ Bourgogne | ☐ Normandie |
| ☐ Franche-Comté | ☐ Nouvelle-Aquitaine |
| ☐ Bretagne | ☐ Occitanie |
| ☐ Centre-Val de Loire | ☐ Pays de la Loire |
| ☐ Grand Est | ☐ Provence-Alpes-Côte d'Azur |
| ☐ Hauts-de-France | |

Il s'agit de quel type d'établissement

- ☐ Centre Hospitalier Universitaire
- ☐ Etablissement MCO (CH)
- ☐ Etablissement de santé mentale
- ☐ Hôpital de proximité
- ☐ Etablissement Médico-social

Toutes professions confondues, combien de professionnels exercent dans l'établissement ?

- ☐ Moins de 500
- ☐ Entre 500 et 2000
- ☐ Entre 2000 et 4000
- ☐ Entre 4000 et 6000
- ☐ Plus de 6000

Actuellement, quel est le nombre approximatif de professionnels en cours de reclassement dans votre établissement ?

- ☐ Moins de 10
- ☐ Entre 11 et 50
- ☐ Entre 51 et 100
- ☐ Je ne sais pas

Actuellement, dans votre établissement, des professionnels sont-ils affectés en sur-effectif pour répondre aux restrictions médicales ?

- ☐ OUI
- ☐ NON
- ☐ Je ne sais pas

VOTRE PERCEPTION DU RECLASSEMENT

Selon vous, le reclassement c'est plutôt :

- ☐ Un défi
- ☐ Un problème
- ☐ Une opportunité
- ☐ Une obligation

Selon vous, dans les établissements de santé, le reclassement des agents déclarés inaptes à leur fonction est : (Plusieurs réponses possibles)

- ☐ Difficile à mettre en œuvre
- ☐ Impossible à satisfaire
- ☐ Lié à la motivation et aux capacités du professionnel concerné
- ☐ Lié à la dynamique et à l'organisation de l'établissement
- ☐ Autres

Classez ces facteurs de risques selon leur fréquence sur le risque d'inaptitude pour raison de santé ?
1 - Très rarement / 2 – Rarement / 3 – Fréquemment / 4 - Très fréquemment

	1	2	3	4
Le temps de travail (Nbre d'h/J)				
Les rythmes de travail (cycle - Jour/Nuit)				
Les Risques biologiques ou chimiques				
Les Troubles Musculosquelettiques				
Les violences physiques et psychiques				
Les contraintes physiques				
Les contraintes mentales				
Les discriminations				
L'état de santé du professionnel à l'embauche				

Les Risques psycho-sociaux liés à l'environnement de travail

Les Risques psycho-sociaux liés à l'activité

Classez ces facteurs de risques selon leur niveau de gravité sur le risque d'inaptitude pour raison de santé ? 1 – Faible / 2 – Moyen / 3 – Grave / 4 - Très grave

1 2 3 4

Le temps de travail (Nbre d'h/J)

Les rythmes de travail (cycle - Jour/Nuit)

Les Risques biologiques ou chimiques

Les Troubles Musculosquelettiques

Les violences physiques et psychiques

Les contraintes physiques

Les contraintes mentales

Les discriminations

L'état de santé du professionnel à l'embauche

Les Risques psycho-sociaux liés à l'environnement de travail

Les Risques psycho-sociaux liés à l'activité

LE RECLASSEMENT DANS VOTRE ETABLISSEMENT

Comment évaluez-vous votre niveau de connaissance du dispositif de reclassement dans votre établissement ?

- ☐ Je ne connais pas du tout le dispositif
- ☐ J'en ai entendu parler, je ne sais pas précisément de quoi il s'agit
- ☐ Je connais les grandes lignes du dispositif
- ☐ Je connais bien le dispositif et ses modalités de mise en œuvre
- ☐ Je suis impliqué(e) dans sa mise en œuvre dans mon Ets

Des actions (ou procédures) de prévention des risques d'inaptitude sont-ils organisés dans votre établissement ?

- ☐ OUI
- ☐ NON

Si Oui : Lesquels ?

Si Non : Pourquoi ?

D'après votre expérience, les autres professionnels manifestent ils une "opposition" au reclassement d'un professionnel dans leur service/unité ?

- ☐ Toujours
- ☐ Parfois
- ☐ Souvent
- ☐ Jamais

Quels arguments sont avancés le plus souvent ?

.....

Les postes qualifiés de "sédentaires" ou "à charges modérées" sont-ils identifiés dans votre établissement ?

- ☐ OUI
- ☐ NON
- ☐ Je ne sais pas

Existe-t-il une instance au sein de votre établissement qui assure le suivi des situations individuelles en matière de maintien dans l'emploi ?

- ☐ OUI ☐ NON ☐ Je ne sais pas

Si Oui : A quelle fréquence se réunit-elle ?

Quelle est sa composition ? (Plusieurs réponses possibles)

- | | |
|--|--|
| ☐ Direction des Ressources Humaines (ou son représentant) | ☐ Référent(e) Handicap |
| ☐ Médecin du Travail | ☐ Adjoint administratif du service RH (AM/AT) |
| ☐ Psychologue du service santé au travail | ☐ Assistante Sociale |
| ☐ Infirmière du service santé au travail | ☐ Chargé de formation |
| ☐ Ergothérapeute | ☐ Direction des soins (Ou son représentant) |
| | ☐ Autres |

Qui en assure le suivi et la coordination ?

LA PERIODE DE PREPARATION AU RECLASSEMENT (PPR) DANS VOTRE ETABLISSEMENT

Connaissez-vous le dispositif "Période de Préparation au Reclassement" ?

- ☐ OUI ☐ NON

Décret no 2021-612 du 18 mai 2021 instituant une période de préparation au reclassement au profit des fonctionnaires hospitaliers. La PPR correspondant à la période pendant laquelle le fonctionnaire reconnu inapte peut préparer son projet professionnel en vue d'un reclassement. Elle a pour objet de préparer et, le cas échéant, de qualifier son bénéficiaire aux nouveaux emplois compatibles avec son état de santé. La PPR est de droit pour le fonctionnaire reconnu inapte à l'exercice de ses fonctions ou le fonctionnaire à l'égard duquel une procédure tendant à reconnaître son inaptitude à l'exercice de ses fonctions a été engagée.

Que pensez-vous de ce nouveau dispositif ? (Plusieurs réponses possibles)

- | | |
|---|--|
| ☐ Il apporte des solutions | ☐ Il engage les professionnels à être acteurs |
| ☐ Il dynamise le processus de reclassement | ☐ Il est difficile à mettre en œuvre |
| ☐ Il permet un accompagnement personnalisé | ☐ Il rajoute de la complexité |
| | ☐ Autres |

La PPR est-elle proposée dans l'établissement ?

- ☐ OUI ☐ En cours de formalisation
☐ NON ☐ Je ne sais pas

Si oui : Existe-t-il une procédure formalisée de sa mise en œuvre dans l'établissement ?

- ☐ OUI ☐ En cours de formalisation
☐ NON ☐ Je ne sais pas

Approximativement, combien de professionnels ont signé une PPR depuis sa mise en œuvre dans l'établissement ?

- ☐ 1 à 10 ☐ 21 à 50
☐ 11 à 20 ☐ Plus de 50

Après la signature de la PPR

Un référent est-il désigné pour chaque professionnel engagé dans une PPR ?

- ☐ OUI
- ☐ NON

- ☐ Pas systématiquement
- ☐ Je ne sais pas

Si non : qui assure l'accompagnement et le suivi du professionnel pendant sa PPR ?

.....

Comment sont assurés le suivi et la coordination des situations individuelles en cours de PPR ?

- ☐ Existence d'un UF "PPR"
- ☐ Tableau de suivi Excel
- ☐ Programmation de rendez-vous régulier - Point d'étape
- ☐ Autres

Concernant le poste proposé au professionnel en cours de reclassement :

Le plus souvent la projection sur un poste se fait à quel stade de la PPR ?

- ☐ Au cours des 3 premiers mois, à partir des entretiens et des postes
- ☐ Entre 3 et 6 mois, après des périodes d'observation/de découverte
- ☐ Au cours des 3 derniers mois
- ☐ A l'issue de la PPR (12 Mois)
- ☐ C'est très variable
- ☐ Je ne sais pas

Le plus souvent ce choix se fait à partir de quels critères ? (Plusieurs réponses possibles)

- ☐ Opportunité des postes disponibles
- ☐ Anticipation selon GPMC : Postes prochainement vacants
- ☐ Motivation du professionnel
- ☐ Motivation de l'encadrement à participer au processus
- ☐ Solution du sur-effectif par défaut
- ☐ Autres

Des règles spécifiques en matière de reclassement sont-elles formalisées et partagées dans votre établissement (contrats de pôle par exemple) ?

- ☐ OUI
- ☐ NON
- ☐ Je ne sais pas

Des partenariats facilitant le reclassement sont-ils formalisés avec d'autres établissements publics (FPH ou autre Fonction Publique) et/ou dans le cadre du GHT ?

- ☐ OUI
- ☐ NON
- ☐ Je ne sais pas

Comment sont accompagnés les projets professionnels de reclassement hors fonction publique ?

De façon générale, comment évaluez-vous le processus de reclassement mis en œuvre dans l'établissement ?

- ☐ Très satisfaisant
- ☐ Assez satisfaisant
- ☐ Satisfaisant
- ☐ Peu satisfaisant
- ☐ Insatisfaisant

Concernant spécifiquement la PPR comment évaluez-vous sa mise en oeuvre dans l'établissement ?

- ☐ Très satisfaisante
- ☐ Assez satisfaisante
- ☐ Satisfaisante
- ☐ Peu satisfaisante
- ☐ Insatisfaisante

A partir de votre expérience, quels sont les effets positifs du dispositif "PPR" pour le professionnel ou l'établissement ?

A partir de votre expérience, quelles sont les limites du dispositif "PPR" pour le professionnel ou l'établissement ?

Avez-vous des suggestions pour améliorer le dispositif dans l'établissement ?

Avez-vous des remarques ou suggestions complémentaires ?

.....
.....

Je vous remercie pour votre participation

Si vous êtes intéressé par le résultat de cette enquête, je vous propose d'en faire la demande par mail : nathalie.lauvergeon@edu.ehesp.fr

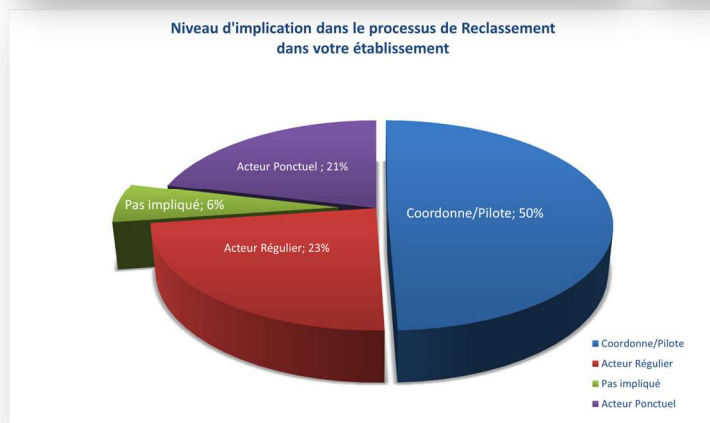
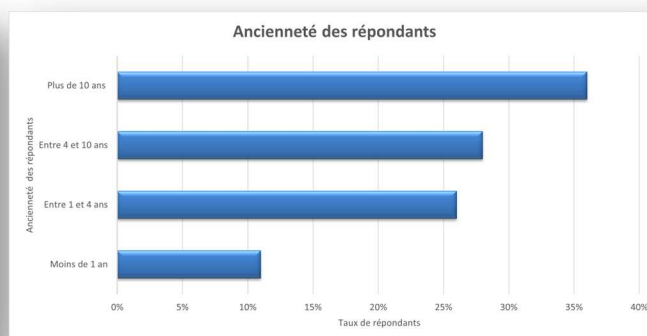
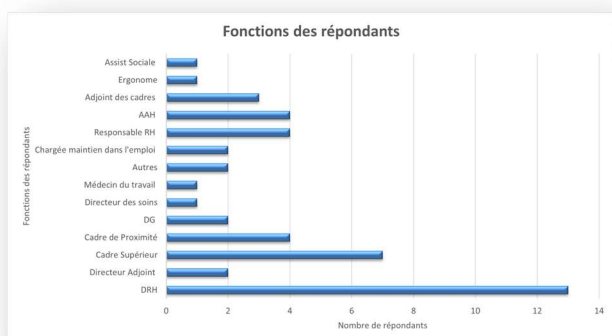
ANNEXE 3 : Présentation des résultats du questionnaire N° 1

Méthodologie

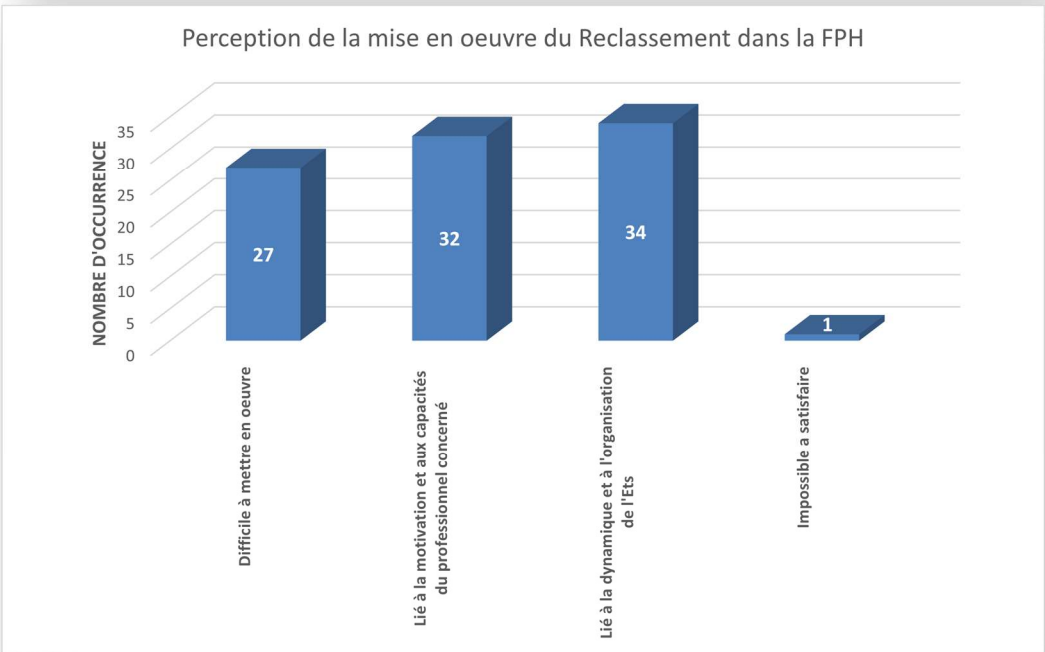
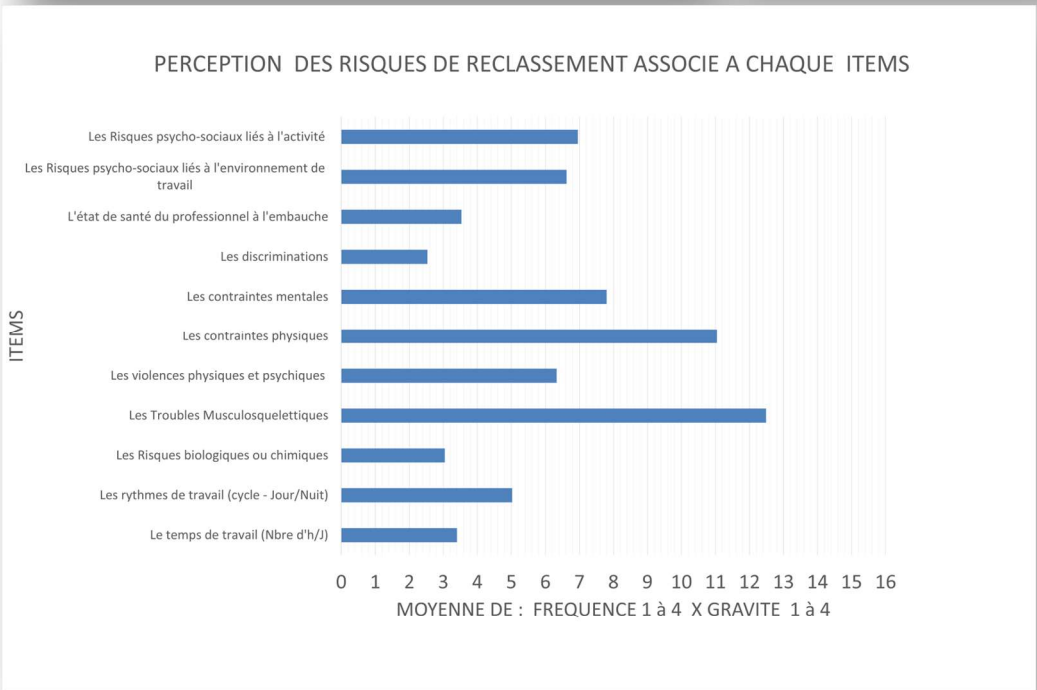
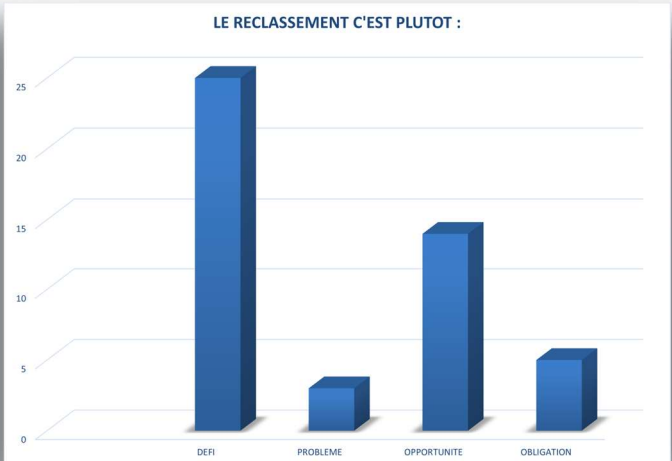
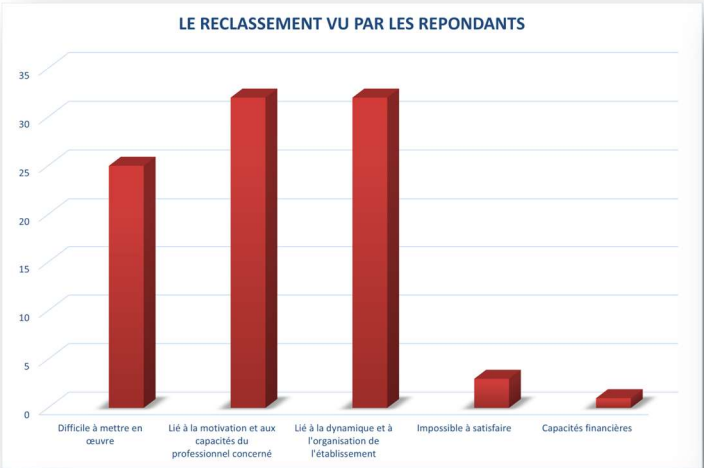
- Type d'enquête : Webquest en ligne
- Diffusion par mail en Juillet 2025 auprès d'EPS au niveau national. Le choix des EPS est en lien avec des contacts susceptibles de soutenir sa diffusion au sein de l'établissement.
 - 4 Types d'établissements :
 - EPSM x 5
 - MCO (CH) x 12
 - CHU x 3
 - HOPITAL DE PROXIMITE x 2
 - 22 EPS dans 8 Régions différentes :
 - Auvergne Rhône Alpes x 1
 - Bourg. Franche Comté x 2
 - Bretagne x 1
 - Hauts de France x 5
 - Ile de France x 1
 - Occitanie x 4
 - PACA x 7
 - Pays de Loire x 1
- Population cible : Directeurs, managers et professionnels impliqués dans le reclassement

Profils des répondants :

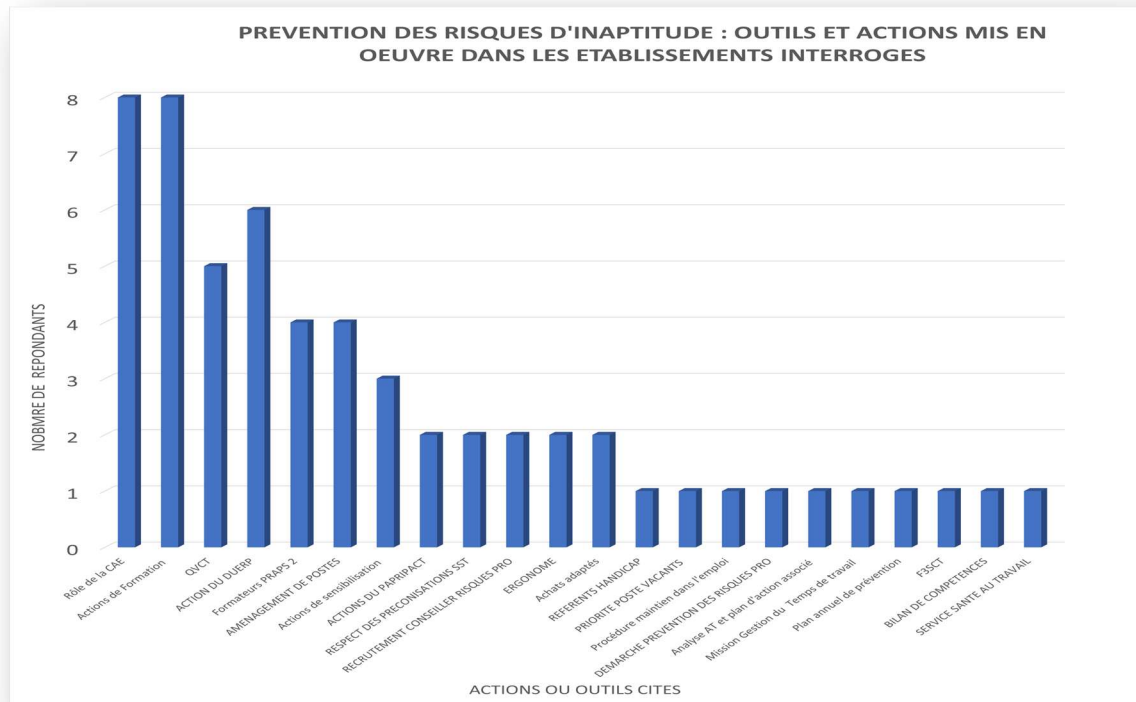
- Nombre : **47.** – Originaires de 6 régions :
 - Bourg. Franche Comté : 1
 - Bretagne x 10
 - Hauts de France x 4
 - Normandie x 1
 - Occitanie x 18
 - PACA x 13
- Répartition des répondants par type d'établissements :
 - EPSM x 15
 - MCO (CH) x 22
 - CHU x 5
 - Hôpital de Proximité x 5
- Fonctions (F°) et ancienneté des répondants :



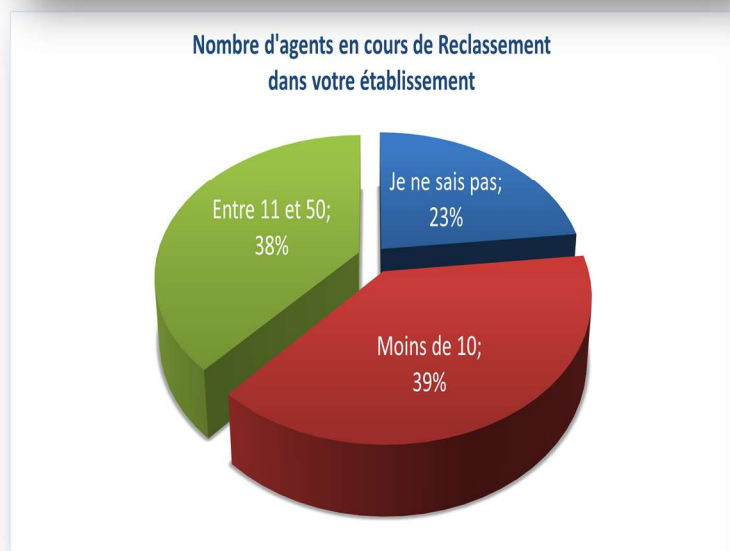
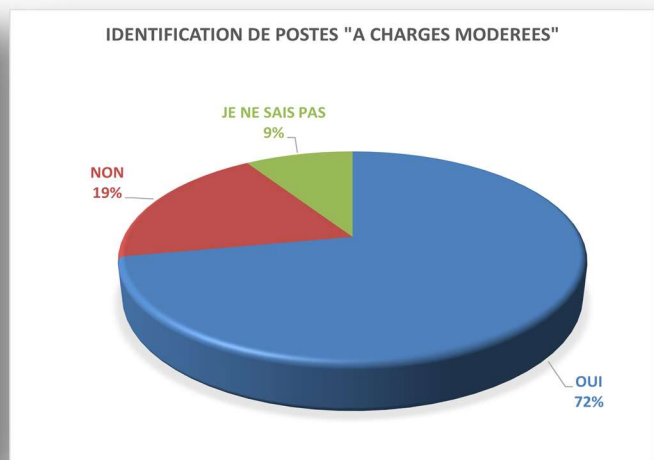
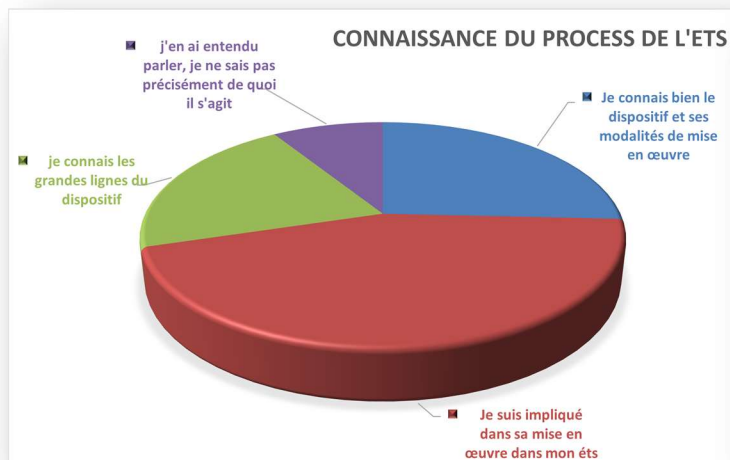
Perception du reclassement :



Prévention du risque d'inaptitude :



Le reclassement dans les EPS des participants à l'enquête :

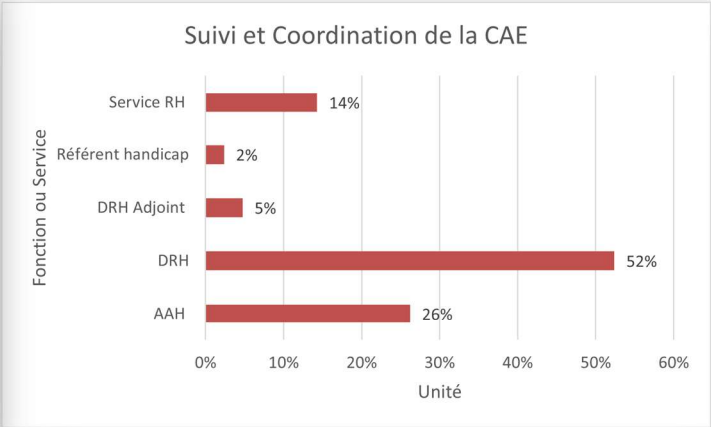
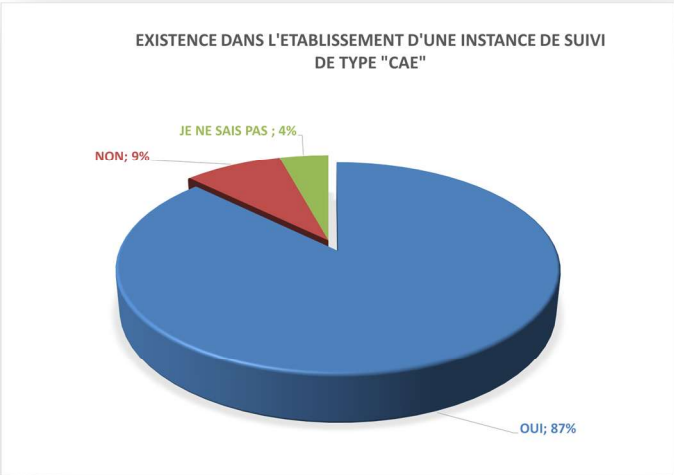


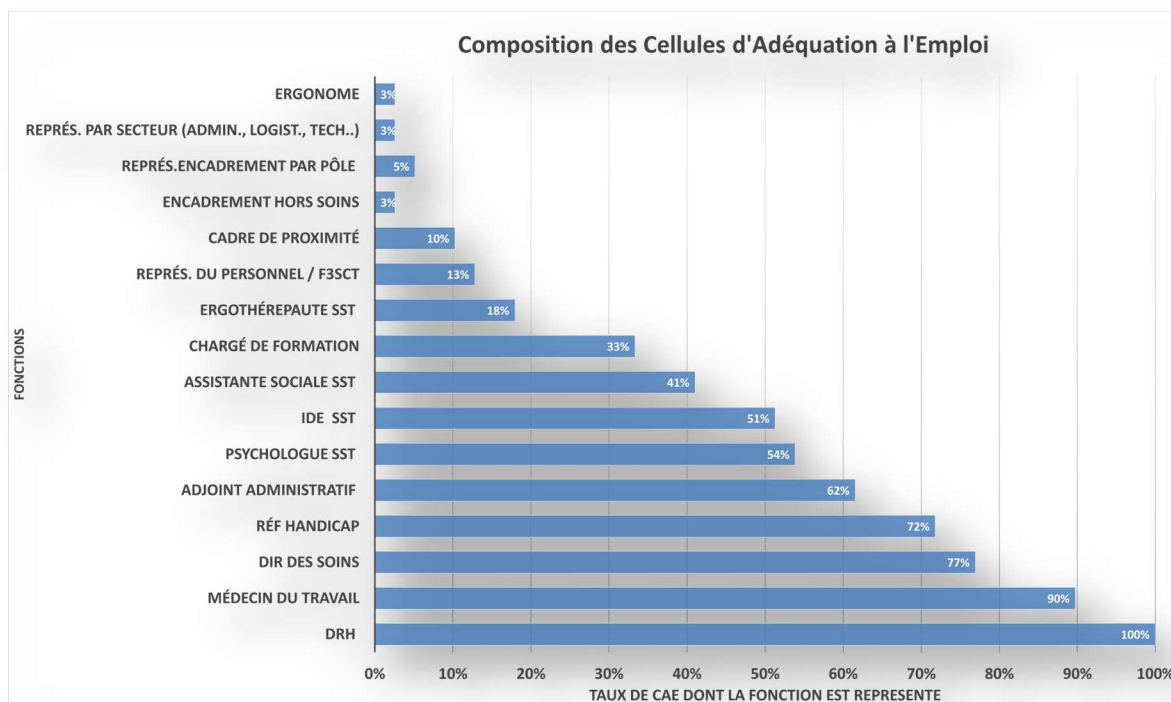
Freins à l'intégration dans les unités des professionnels en situation de reclassement :



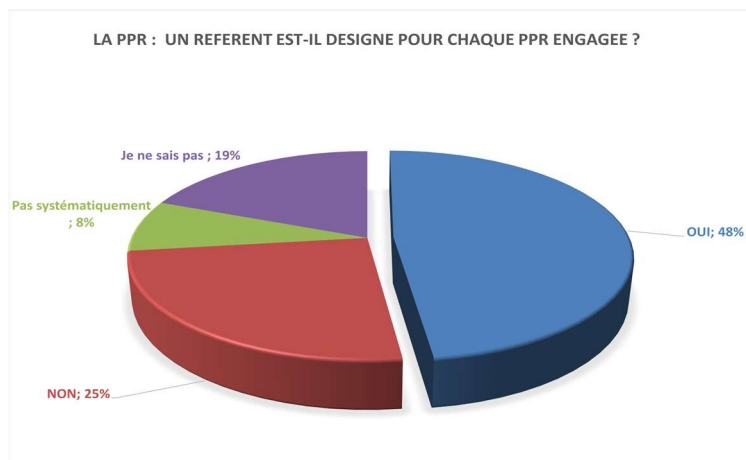
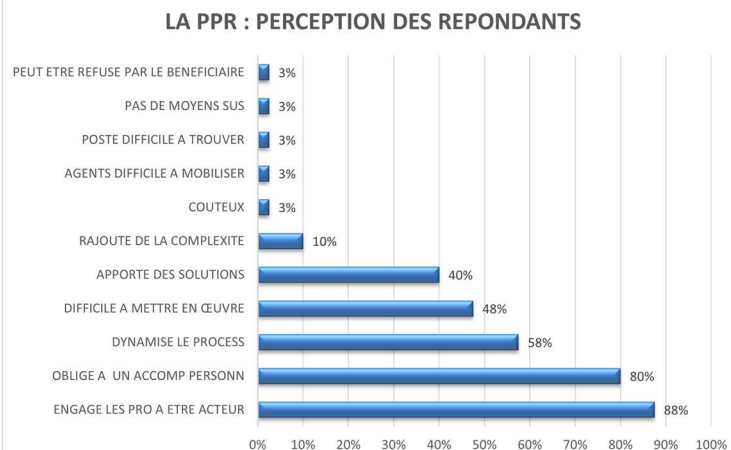
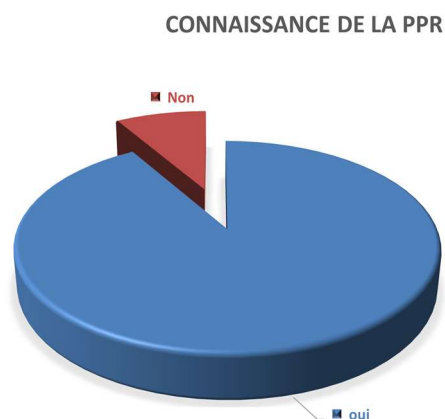
	DRH	Chargée du maintien dans l'emploi	Médecin du travail	Assistante Sociale	AAH RH	Responsable RH	Adjoint des Cadres	Cadre supérieur	Cadre de proximité	DG	DA hors DRH	Occurrence par Freins
Charge de travail supplémentaire pour l'équipe	X		X	X	X	X		X		X		7
Taux d'absentéisme	X	X			X	X		X	X			6
Manque de compétences	X	X					X	X	X			5
Temps d'accompagnement	X				X	X		X				4
Deuil du métier exercé						X	X	X				3
Inquiétude sur les capacité physique de l'agent	X				X							2
Met fin à un CDD compétent	X										X	2
Nécessite de mieux outiller les équipes et de valoriser les efforts	X					X						2
Poste non adapté à l'agent	X							x				2
Non intégration des restrictions d'aptitudes de professionnels en reclassement dans les organisations de travail du service			X					X				2
Capacité des autres professionnels à assurer leur propre poste en sécurité			X									1
Expériences antérieures négatives		X										1
Manque d'opérationnalite	X											1
Agent Non adapté au poste (profil)	X											1
Perte de salaire						X						1
Réaménagement de poste	X											1
sentiment d'inéquité	X											1
Stigmatisation								X				1
Temps partiel thérapeutique qui va désorganiser le service					X							1
Nombre d'Occurrence par Fonctions	12	3	3	1	5	6	2	8	2	1	1	44

Instance de suivi et de coordination :

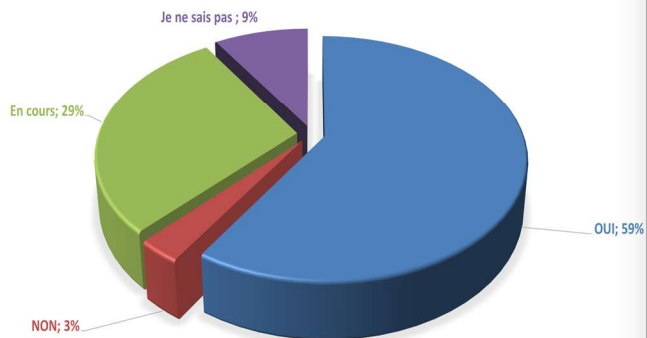




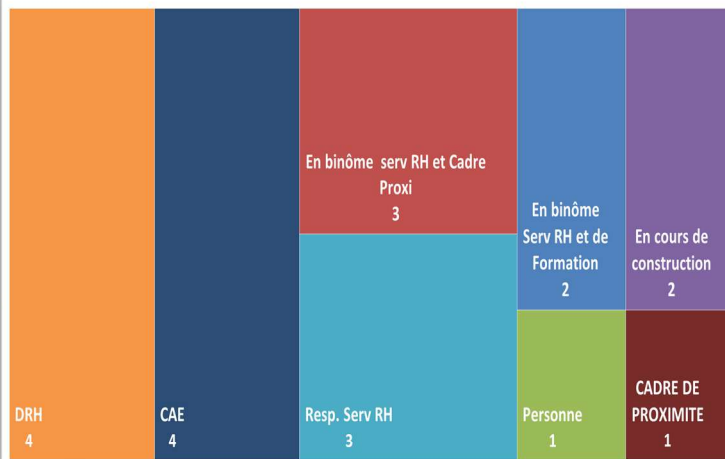
La Période de Préparation au Reclassement (PPR) :



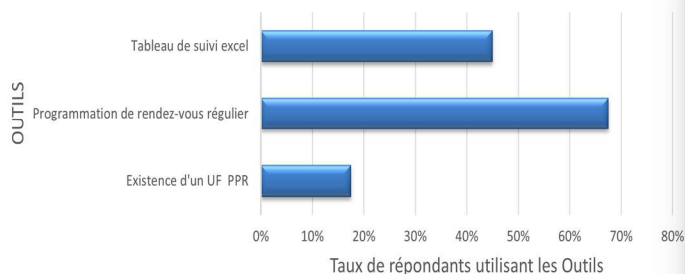
LA PPR : EXISTENCE D'UNE PROCEDURE FORMALISEE DE MISE EN OEUVRE DE LA PPR ?



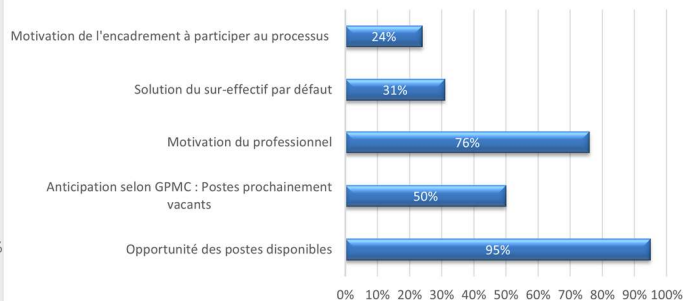
EN L'ABSENCE DE REFERENT DESIGNÉ : QUI ASSURE LE SUIVI DES PPR



OUTILS DE SUIVI DES SITUATIONS INDIVIDUELLES EN COURS DE PPR

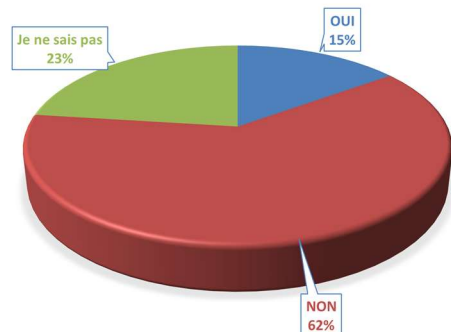


Variables influençant les perspectives de reclassement



La PPR : Collaborations, Partenariats :

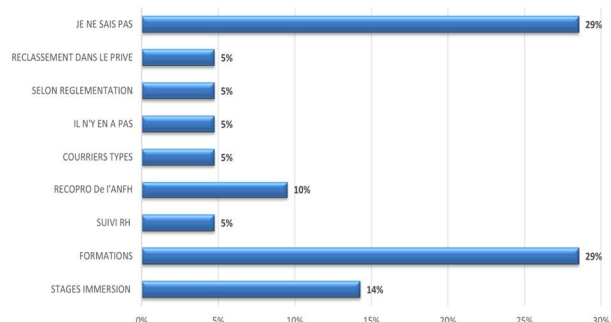
DES RÈGLES SPÉCIFIQUES EN MATIÈRE DE RECLASSEMENT SONT-ELLES FORMALISÉES ET PARTAGÉES DANS VOTRE ÉTABLISSEMENT ?



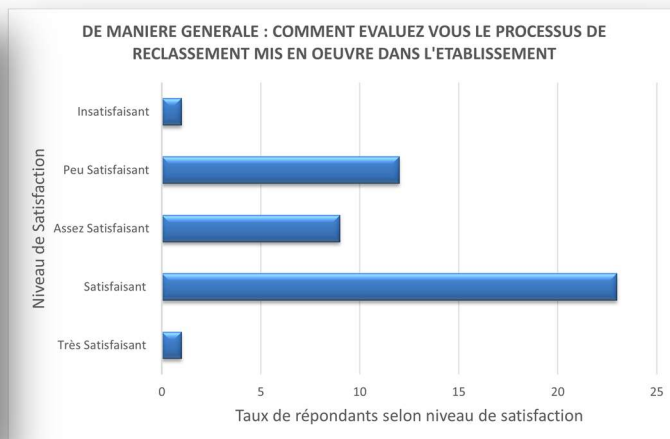
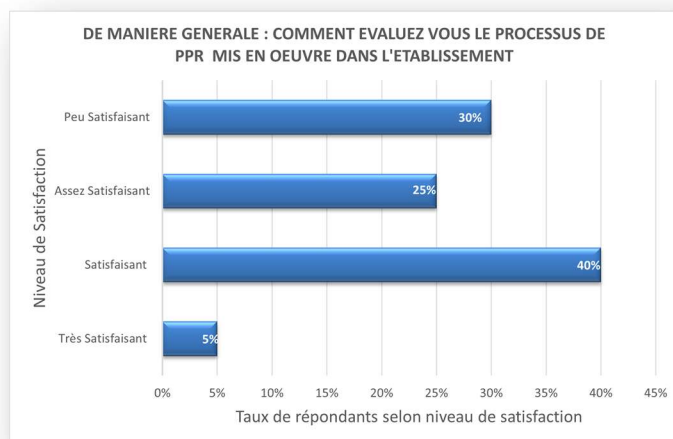
DES PARTENARIATS FACILITANT LE RECLASSEMENT SONT-ILS FORMALISÉS AVEC D'AUTRES FONCTIONS PUBLIQUES OU AVEC LE GHT ?



Organisation de l'Accompagnement des agents hors Fonction Publique



Evaluation



Effets positifs de la PPR selon les répondants :

Pour le Professionnel (agent)	Pour l'établissement
Projection progressive vers un nouveau métier	Découverte de compétences ignorées chez les agents
Opportunité d'exercer de nouvelles fonctions	Réponse réglementaire structurée
Temps dédié à la construction d'un nouveau projet	Levier pour débloquer des situations complexes
Accompagnement individualisé et personnalisé	Pas d'obligation de résultat pour l'établissement
Maintien du plein traitement pendant le PPR	Valorisation des compétences sur des postes utiles
Maintien en emploi	Encouragement à l'implication des agents
Financement de formations qualifiantes	Identification d'un parcours clair et formalisé
Découverte de nouveaux secteurs d'activité	Démarche de reclassement structurée
Renforcement de la confiance en soi	Réduction des sureffectifs et meilleure allocation RH
Reconnaissance professionnelle	Fidélisation des agents sur des besoins réels
Réussite et valorisation	
L'agent devient acteur de son parcours	
Cadre structurant et perspectives d'évolution	
Aide à la prise de recul sur sa situation	
Perspectives en dehors de l'établissement	
Dispositif clair et borné dans le temps	

Limites de la PPR selon les répondants :

Pour le Professionnel (agent)	Pour l'établissement
Perte financière due au reclassement / Changement de statut	Marges de manœuvre limitées pour reclassement au sein de l'établissement
Manque de projection de l'institution, ce qui limite les suites à donner en fin de PPR	Le dispositif de PPR est chronophage / nécessite de mobiliser du temps et des ressources RH spécifiques
Difficultés à se projeter et à percevoir l'ensemble des opportunités envisageables avec le PPR	Coût / Pas de moyen supplémentaire
Difficultés pour les agents à se projeter en dehors du CH	Difficultés à mobiliser certains profils ou des agents en fin de carrière sur des reconversions, absence ou Manque de motivation du professionnel
Aucune garantie de trouver un poste adapté à l'issue	Manque de poste vacant adapté
Absence de volonté forte de l'établissement	Certains profils pour lesquels les perspectives sont très limitées / Pour les agents peu qualifiés ou avec une santé fragile, les propositions de postes sont difficiles et peuvent désorganiser les services
Séréotypes forts	Sortie de la PPR non prévue par la réglementation
Pas de mise en lien des postes vacants	Les moyens disponibles pour la formation
Période de 12 mois qui réduit les perspectives notamment en terme de formation	Nécessité d'anticiper les situations d'inaptitude en amont afin de mettre à profit la PPR pour du temps de formation
Ecart entre la projection de l'agent sur un poste et la réalité de celui-ci	Quand l'agent ne veut pas
Manque de connaissances des possibilités	Investissement de l'agent dans son parcours de reconversion professionnelle
	Affectation sans restriction de tâches possibles
	Pas ou peu de sensibilisation et d'engagement de l'encadrement / réticence de l'encadrement à accueillir des personnes en reclassement
	Articulation des différents rôles entre médecine du travail, médecins traitants et autres acteurs médicaux
	Trop de situations endormies faute de solution
	L'absence d'avis d'inaptitude limite son activation
	Contraintes de suivi très lourdes
	Le frein des services pour recevoir les agents en PPR même s'ils sont positionnés en sur effectif
	Professionnel peu investi, ne se saisit pas du dispositif, attend « juste » qu'on lui propose un poste
	Nbre de poste ouvert au dispositif en fonction du projet et des opportunités sur l'Ets ou dans une autre FP

Suggestions pour améliorer la PPR selon les répondants :

Pour le Professionnel (agent)	Pour l'établissement
Assouplir le dispositif PPR	Communiquer davantage sur le dispositif
	La mise en place d'un parcours bien identifié avec des points précis entre l'agent et un tuteur
	Contractualiser
	Formaliser le circuit des référents et les évaluations des cadres de proximité
	Permettre le licenciement à l'issue si pas de poste dispo et pas de volonté de l'agent sur les postes proposés
	Mettre en place une politique de prévention
	Soutien financier spécifique
	Mettre en place des quotas pour permettre le repositionnement des agents
	Travail conjoint des responsables des appels à candidatures, agents en charge PPR, et des personnels d'encadrement
	Mise à disposition des postes identifiés afin de pouvoir les faire tourner plus rapidement
	Prise en compte des restrictions dans l'attribution des moyens RH dans les services
	Formaliser une procédure de reclassement et engager une réflexion stratégique, afin de dépasser une gestion uniquement individualisée des situations
	Formaliser un process clair
	Disposer d'une cartographie des postes aménagés, à contraintes modérées, et à fort risque ainsi que ceux tenus par des agents avec restrictions
	Faciliter et simplifier le dispositif dès le départ du CMO
	Organiser des temps d'accompagnement au sein des équipes d'affectation d'agents en PPR
	Identifier des sources de financements du PPR sur le plan de formation

ANNEXE 4 : Verbatims issus du questionnaire N°1

A propos des freins au reclassement dans les services

- *« Ils ne veulent pas être contraints par les restrictions de leurs collègues, devoir faire à leur place, compenser leurs difficultés, peur de l'absentéisme »*
- *« Manque de compétences ou limitations physiques »*
- *« Sentiment d'iniquité, et répartition inégale des tâches »*

A propos de la perception du dispositif PPR

- *« Il apporte des solutions, permet un accompagnement personnalisé, engage les professionnels à être acteurs »*
- *« Il dynamise le processus de reclassement mais rajoute de la complexité »*
- *« Il est difficile à mettre en œuvre, surtout sans moyens supplémentaires »*
- *« Le dispositif reste très lourd et ne permet pas de dynamiser les agents de la Fonction Publique »*

A propos des effets positifs de la PPR

- *« Déblocage de situations individuelles complexes »*
- *« Découverte de compétences ignorées chez des professionnels, apport d'un regard soignant en service administratif »*
- *« Le professionnel devient acteur de son parcours, retrouve confiance et sérénité »*

A propos des limites du dispositif

- *« Manque d'adéquation entre l'offre de postes adaptés et les besoins des agents à reclasser »*
- *« L'assouplissement des règles d'attribution du TPT a différé le recours au reclassement »*
- *« La pénurie de médecin du travail obligeant le recours à des médecins agréés de ville limite la capacité de mise en œuvre dans les établissements »*
- *« Peu de possibilités de reclassement en interne »*
- *« Le professionnel peut avoir des difficultés à se projeter »*
- *« Attentisme de certains agents, persuadés qu'un poste leur sera trouvé coûte que coûte »*
- *« Le processus de reclassement n'est pas toujours simple à mettre en œuvre »*

A propos des pratiques de suivi

- *« Les agents actuellement « reclassés » sont rarement reconnus officiellement inaptes à leur métier ou à leur grade »*
- *« Chaque situation est traitée en fonction des possibilités de postes disponibles, les agents sont parfois placés en sureffectif. Cette dernière situation concerne aujourd'hui 9 personnes »*

- *« Suivi assuré par tableau Excel, programmation de rendez-vous réguliers, points d'étape »*
- *Importance que le service DRH travaille en concertation avec tous les services*

ANNEXE 5 : Questionnaire N°2 à l'attention de l'ensemble des agents du CHM

LE RECLASSEMENT DANS LA FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIERE

Dans le cadre de mon mémoire de directrice d'hôpital, je vous invite à participer à une enquête sur le Reclassement dans les établissements publics de santé.

Ce questionnaire est diffusé au Centre Hospitalier de Montfavet en complément d'un premier questionnaire à destination des directions et managers de différents types d'établissements publics de santé situés dans plusieurs régions de France métropolitaine.

Vos réponses seront traitées de manière strictement confidentielle et anonymes. Les données recueillies seront utilisées uniquement dans le cadre de cette étude.

Le temps estimé pour répondre à ce questionnaire est d'environ 7 minutes.

Votre participation est essentielle et je vous remercie par avance pour votre contribution.

INFORMATIONS GENERALES

Vous êtes :

- ☐ Une Femme ☐ Un Homme

Vous avez :

- ☐ Moins de 30 ans ☐ Entre 50 et 60 ans
☐ Entre 30 et 49 ans ☐ Plus de 60 ans

Quelles sont vos fonctions actuelles ?

- ☐ Fonctions d'Encadrement ☐ Fonctions Techniques ou Logistiques
☐ Fonctions Administratives ☐ Autres
☐ Fonctions Soignantes

Votre ancienneté dans la FPH ?

- ☐ Entre 1 et 10 ans ☐ Entre 20 et 30 ans
☐ Entre 10 et 15 ans ☐ Plus de 30 ans
☐ Entre 15 et 20 ans

LE RECLASSEMENT DANS LA FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIERE :

Selon vous quelle est la cause la plus fréquente de reclassement dans la FPH ?

- ☐ Les Troubles Musculo Squelettique (TMS) ☐ Les Maladies Professionnelles (MP)
☐ Le Burn Out ☐ La perte de motivation
☐ Les Risques Psycho-Sociaux (RPS) ☐ Les Affections de Longues durées (ALD)
☐ Les Accidents de Travail (AT) ☐ Les Maladies Graves

En cas d'inaptitude, quel niveau d'importance pensez-vous que vous accorderiez aux différents éléments ci-dessous : 1 Sans importance / 2 Un peu Important / 3 Important / 4 Assez Important / 5 Très important

	1	2	3	4	5
Recevoir des Informations claires sur les démarches					
Bénéficier d'un accompagnement personnalisé					
Bénéficier de la Prise en charge de la formation qualifiante de mon choix					
Bénéficier d'une prise en charge d'un soutien psychologique					

Réaliser un Bilan de Compétences

Bénéficier de séances de coaching professionnel

Garantie de la confidentialité de la situation

Réaliser une ou des Périodes d'immersion dans d'autres secteurs d'activités : découverte de métiers

Prise en compte de mon parcours professionnel : valorisation des compétences acquises

Rencontrer la conseillère en évolution professionnelle

Rester dans mon établissement

Rester dans la Fonction Publique Hospitalière

Intégrer une autre Fonction Publique

Être accompagné pour trouver un poste qui me convienne dans la Fonction publique ou dans le privé

Participer activement à mon reclassement

Pour vous le reclassement serait :

- | | |
|---|---|
| ☐ Une opportunité | ☐ Une démarche nécessaire mais difficile |
| ☐ Une contrainte subie | ☐ Autres |

Quelle serait vos craintes vis à vis d'un éventuel reclassement ?

- | | |
|---|---|
| ☐ Perte de statut ou de rémunération | ☐ Difficulté à trouver un poste adapté |
| ☐ Isolement, mise à l'écart | ☐ Autres |
| ☐ Manque de reconnaissance | |

RETOUR D'EXPERIENCES

Avez-vous déjà travaillé avec un(e) collègue ayant été reclassé(e) dans votre service ?

- | | | |
|------------------------------|------------------------------|--------------------------------------|
| ☐ OUI | ☐ NON | ☐ Je l'ignore |
|------------------------------|------------------------------|--------------------------------------|

Parmi ces affirmations à propos de l'arrivée d'un agent reclassé dans une équipe, selon vous, laquelle se vérifie le plus souvent :

- ☐ C'est une opportunité pour l'équipe (enrichissement, questionnement des organisations ou autres)
- ☐ Nécessite un accompagnement spécifique
- ☐ Peut générer des tensions ou des incompréhensions
- ☐ Ne change rien au fonctionnement du service
- ☐ Augmente la charge de travail des autres membres de l'équipe

Pensez-vous que votre service est prêt à accueillir un agent reclassé ?

- | | |
|---|--|
| ☐ Oui tout à fait | ☐ Non pas du tout |
| ☐ Non pas vraiment | ☐ Je ne sais pas |

Selon vous, quel est votre rôle en tant que collègue ou encadrant dans l'intégration d'un agent reclassé ?.....

VOUS CONCERNANT

Si vous ne pouviez plus exercer votre métier, avez-vous déjà imaginé quelle pourrait être votre reconversion professionnelle ?

- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| ☐ OUI | ☐ NON |
|------------------------------|------------------------------|

En matière de prévention, vous diriez que vous êtes plutôt :

- ☐ Actif : Vous utilisez les outils à votre disposition dans le cadre de votre travail
- ☐ Actif : Par obligation car votre santé est déjà fragilisée
- ☐ Passif : Vous ne faites pas particulièrement attention
- ☐ Vous ne connaissez pas les mesures ou outils de prévention mis en œuvre dans l'établissement

Connaissez-vous le Document Unique d'Evaluation des Risques Professionnels (DUERP) ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

LA PERIODE DE PREPARATION AU RECLASSEMENT

Connaissez-vous la Période de Préparation au Reclassement ?

- ☐ Plutôt OUI
- ☐ Plutôt NON

Qu'attendez-vous de votre établissement en matière de reclassement ?

.....

Souhaitez-vous rajouter un commentaire général sur le reclassement :

.....

Je vous remercie pour votre participation

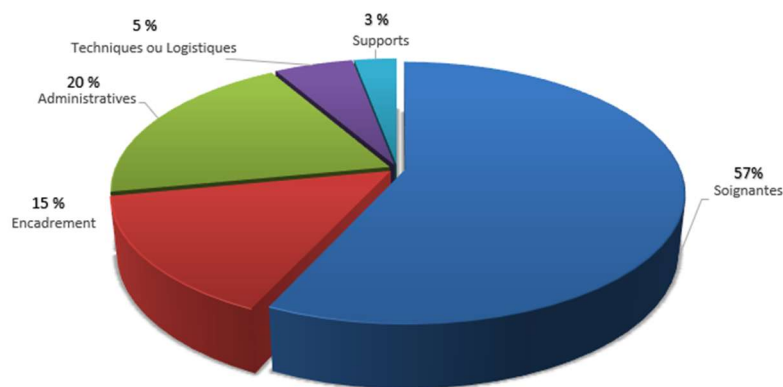
ANNEXE 6 : Présentation des résultats du questionnaire N° 2

Méthodologie

- Type d'enquête : Webquest en ligne
- Période : Juillet 2025
- Diffusion générale 2300 agents
- Population cible : Agents du centre hospitalier de Montfavet

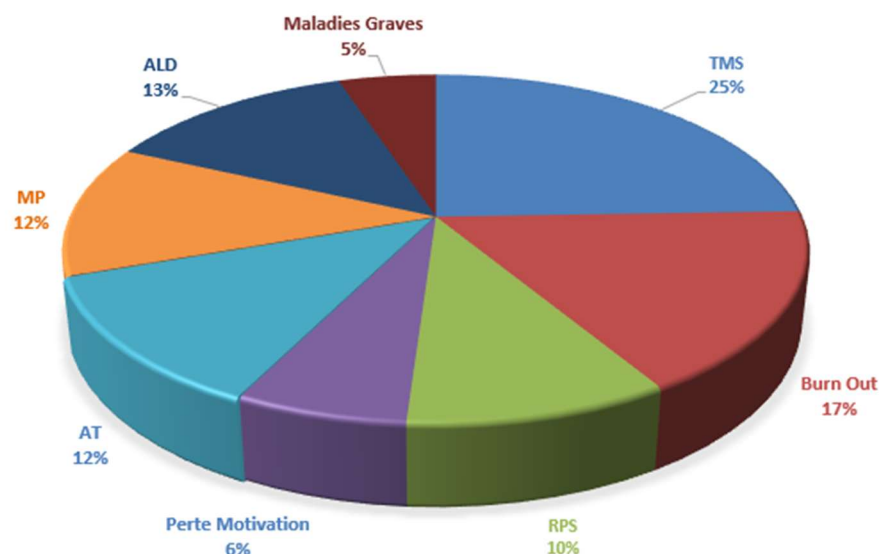
Profils des répondants :

- Nombre : 241 - Taux de réponse : 10.5%
- Genre : 77% de femmes, 23% d'hommes
- Age : 7% moins de 30 ans, 51% entre 30 et 49 ans, 35% entre 50 et 60 ans et 8% plus de 60 ans
- Fonctions (F°) des répondants : 57% F° soignantes, 15% F° Encadrement, 20% F° Administratives, 5% F° Techniques ou Logistiques et 3% F° supports

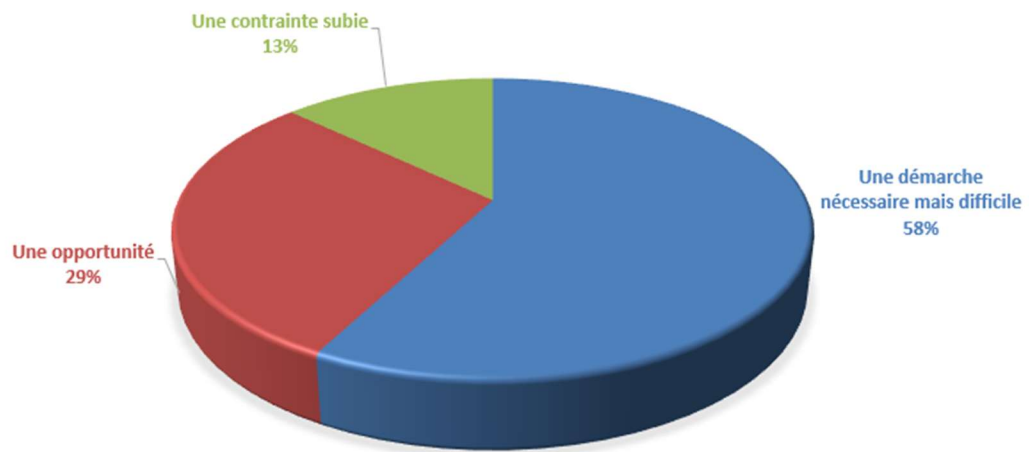


Perception du reclassement

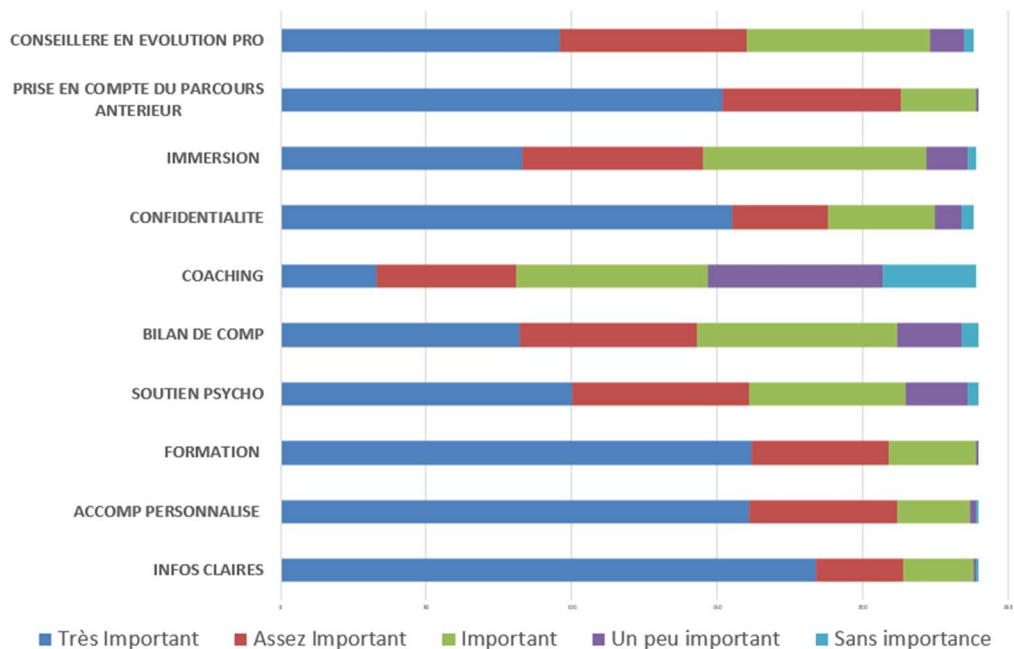
SELON LES REpondants : CAUSE LA PLUS FRÉQUENTE DE RECLASSEMENT DANS LA FPH



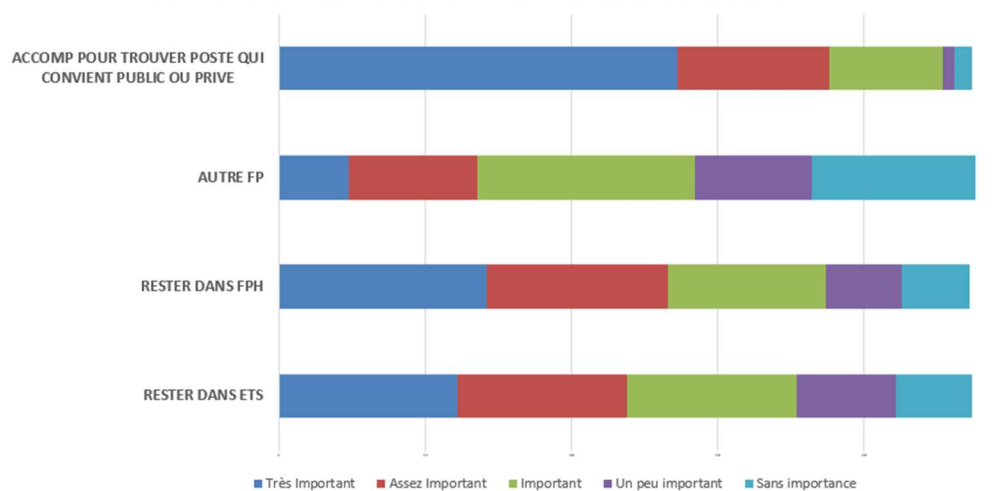
POUR LES RÉPONDANTS, LE RECLASSEMENT SERAIT :



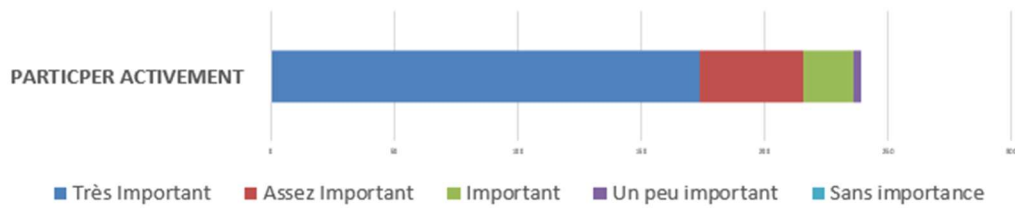
NIVEAU D'IMPORTANCE ACCORDE AUX OUTILS D'ACCOMPAGNEMENT



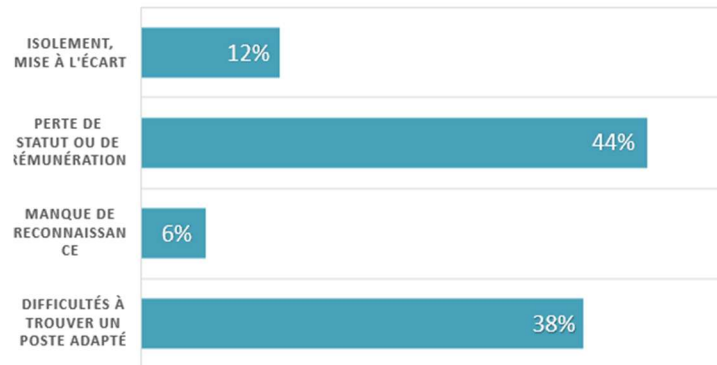
NIVEAU D'IMPORTANCE ACCORDE A LA MOBILITE ASSOCIE AU RECLASSEMENT



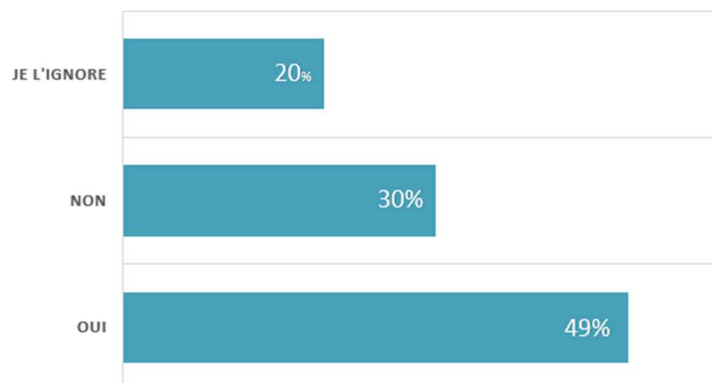
NIVEAU D'IMPORTANCE ACCORDE A L'AUTO DETERMINATION



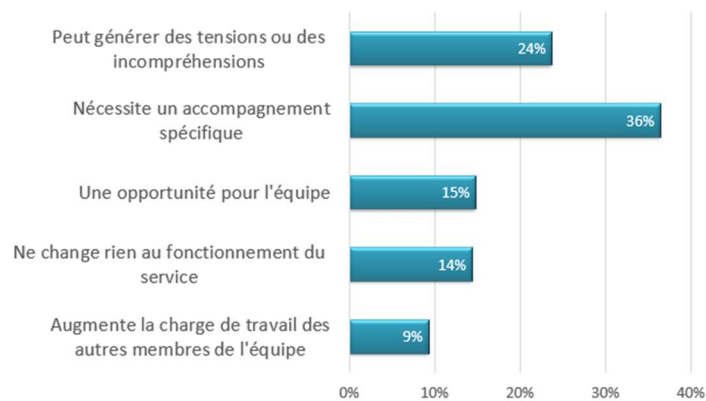
CRAINTES VIS A VIS D'UN RECLASSEMENT EVENTUEL



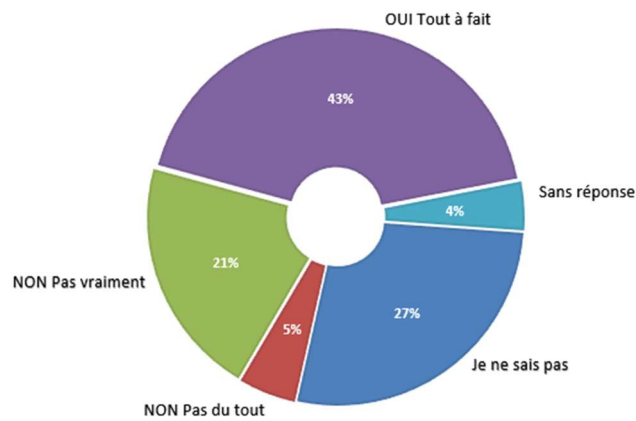
EXPERIENCE DE TRAVAIL AVEC UN COLLEUE EN SITUATION DE RECLASSEMENT



A l'arrivée d'un agent en situation de reclassement dans une équipe, selon vous, quelle affirmation se vérifie le plus souvent ?

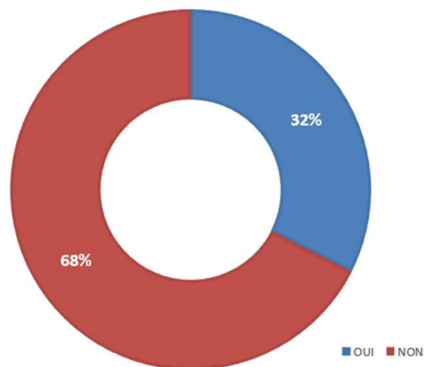


**PRET A ACCUEILLIR UN AGENT EN SITUATION DE RECLASSEMENT
DANS VOTRE UNITE ?**



LE DUERP : Connaissance de l'outil

Connaissez vous le DUERP ?

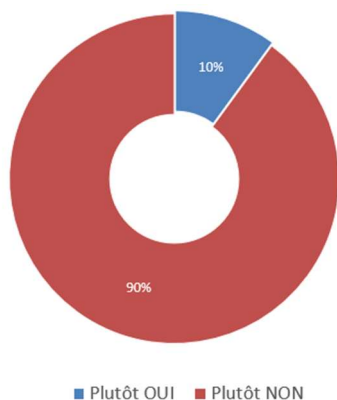


	Parmi les 163 NON	Parmi les 78 OUI
Fonctions encadrement	5	32
Fonctions soignantes	109	22
Fonctions Administratives	29	16
Fonctions techniques et logistiques	8	4
Fonctions supports	12	3
non défini	0	1
	163	78

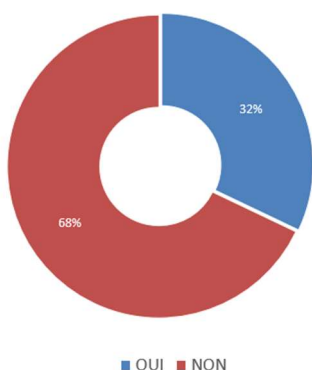
LE DUERP : Parmi les répondants qui connaissent le DUERP – Son Utilité

Question Ouverte : Quelle est l'utilité du DUERP selon vous ?							
OCCURRENCE PAR THEMATIQUE & PAR FONCTION	FONCTIONS D'ENCADREMENT	FONCTIONS ADMINISTRATIVES	FONCTIONS SOIGNANTES	FONCTIONS TECHNIQUES OU LOGISTIQUES	FONCTIONS SUPPORTS	Totaux	Récurance
Nbre de répondants connaissant le DUERP = 77	32	16	22	4	3	77	
Cartographie des Risques pro	8	5	2	1	1	17	25%
Prévention	12	2	2	0	1	17	25%
Permet de définir les Actions d'amélioration	2	1	1	1	0	5	7%
Outils de QVCT	3	1	0	1	0	5	7%
Evaluation des risques	1	1	1	1	0	4	6%
Formalité administrative	0	1	3	0	0	4	6%
Obligation réglementaire	2	0	1	0	0	3	4%
Aucune utilité	0	1	2	0	0	3	4%
Sécurité des agents	1	0	0	1	0	2	3%
Sensibilisation aux risques professionnels	1	0	1	0	0	2	3%
Réduction de l'Absentéisme	0	0	1	0	0	1	1%
Eviter les AT	0	0	1	0	0	1	1%
Déconnecté du terrain	0	0	1	0	0	1	1%
Outil	1	0	0	0	0	1	1%
Primordial	1	0	0	0	0	1	1%
Permet de prioriser les actions	1	0	0	0	0	1	1%
Préserver la Santé	0	0	0	1	0	1	1%
Totaux	33	12	16	6	2	69	
Taux de proposition/ répondant	103%	75%	73%	150%	67%		

La PPR : Connaissez-vous la PPR ?



Réflexion sur une éventuelle reconversion



- Métiers administratifs
- Médiation
- Enseignement
- Création d'entreprise (food truck, artisanat)
- Métiers créatifs

Attente vis-à-vis de l'établissement :

Question Ouverte : Qu'attendez vous de votre établissement en matière de reclassement ?							
OCCURRENCE PAR THEMATIQUE & PAR FONCTION	FONCTIONS D'ENCADREMENT	FONCTIONS ADMINISTRATIVES	FONCTIONS SOIGNANTES	FONCTIONS TECHNIQUES OU LOGISTIQUES	FONCTIONS SUPPORTS	Totaux	Récurrente
Nbre de répondants	37	44	121	13	26	241	
Accompagnement	13	4	35	2	1	55	25%
Ecoute	1	4	11	2	0	18	8%
Informations	4	5	7	0	1	17	8%
Compétences	4	3	6	1	1	15	7%
Adapté	3	2	6	2	0	13	6%
Offres	2	5	5	0	0	12	6%
Soutien	2	0	10	0	0	12	6%
Efficacité	1	3	5	1	0	10	5%
Formations	1	1	4	0	0	6	3%
Bienveillance	0	0	4	0	0	4	2%
Co construction	1	0	3	0	0	4	2%
Non stigmatisation	1	0	3	0	0	4	2%
respect	3	1	0	0	0	4	2%
Capacités	2	1	0	0	0	3	1%
Moyens	0	0	3	0	0	3	1%
Négatif	1	1	0	1	0	3	1%
Réglementaire	0	1	2	0	0	3	1%
N'attend Rien de l'Ets	0	0	3	0	0	3	1%
Humanité	1	0	1	0	0	2	1%
Prévention	0	0	2	0	0	2	1%
Salaire	0	0	2	0	0	2	1%
transparence	2	0	0	0	0	2	1%
Compréhension	0	0	1	0	0	1	0%
Acceptation	0	0	0	1	0	1	0%
Confiance	0	0	1	0	0	1	0%
Disponibilité	0	0	1	0	0	1	0%
Empathie	0	0	1	0	0	1	0%
Juste	0	0	1	0	0	1	0%
Lisibilité	1	0	0	0	0	1	0%
Maintien dans l'emploi	0	0	1	0	0	1	0%
Pertinence	1	0	0	0	0	1	0%
Prévention	0	1	0	0	0	1	0%
Priorité	0	1	0	0	0	1	0%
QVCT	1	0	0	0	0	1	0%
Réactivité	1	0	0	0	0	1	0%
Référent	0	1	0	0	0	1	0%
Réflexion	0	0	1	0	0	1	0%
Statut	0	0	1	0	0	1	0%
Stratégie claire	1	0	0	0	0	1	0%
Suivi	0	0	1	0	0	1	0%
Equité	0	0	0	0	1	1	0%
Totaux	47	34	121	10	4	216	
Taux de proposition/ répondant	127%	77%	100%	77%	15%		

ANNEXE 7 : Verbatims issus du questionnaire N°2

Perception du reclassement

- « Une démarche nécessaire mais difficile. »
- « Le reclassement ne doit pas être vécu comme une sanction mais comme une opportunité. »
- « Une contrainte subie, surtout quand il n'y a pas de choix. »
- « Cela dépend de la situation, mais souvent mal vécu. »

Craintes exprimées

- « Perte de statut ou de rémunération. »
- « Isolement, mise à l'écart. »
- « Manque de reconnaissance de la part de l'équipe ou de la hiérarchie. »
- « Difficulté à trouver un poste adapté à mes compétences. »

Attentes vis-à-vis de l'établissement

- « Être accompagné humainement, pas seulement administrativement. »
- « Avoir des informations claires et un interlocuteur dédié. »
- « Que le reclassement soit préparé et non subi. »
- « Une vraie valorisation des compétences acquises. »

Suggestions et propositions

- « Mettre en place un référent reclassement dans chaque établissement. »
- « Proposer des formations adaptées et qualifiantes. »
- « Intégrer les agents reclassés avec bienveillance et transparence. »
- « Associer les équipes à l'accueil de l'agent reclassé pour éviter les tensions. »

Reconversion envisagée

- « Travailler dans l'administratif ou l'accueil. »
- « Ouvrir un food truck ou une boutique artisanale. »
- « Se reconvertir dans l'enseignement ou la médiation. »
- « Devenir fleuriste ou thérapeute bien-être. »

ANNEXE 8 : Grille d'entretien N° 1 et retranscription

Grille d'entretien semi-directif – Référente handicap

Cette grille d'entretien semi-directif est destinée à recueillir le point de vue d'une référente handicap dans un établissement hospitalier, dans le cadre d'un mémoire portant sur le maintien dans l'emploi, l'empowerment et les dispositifs d'accompagnement des agents en situation de handicap ou de reclassement.

1. Rôle et missions de la référente handicap

- Pouvez-vous décrire vos missions principales en tant que référente handicap ?
- Depuis combien de temps exercez-vous cette fonction et dans quel cadre a-t-elle été mise en place ?
- Comment votre rôle est-il perçu au sein de l'établissement ?

2. Maintien dans l'emploi et reclassement

- Quelles sont les principales difficultés rencontrées dans les situations de maintien dans l'emploi ?
- Comment sont identifiées les situations à risque ou les restrictions médicales ?
- Quels leviers mobilisez-vous pour favoriser le reclassement ou l'adaptation de poste ?

3. Collaboration interservices

- Comment travaillez-vous avec les services RH, la médecine du travail et les encadrants ?
- Existe-t-il un comité ou une cellule de maintien dans l'emploi dans votre établissement ?
- Quels freins ou leviers identifiez-vous dans la coopération interprofessionnelle ?

4. Empowerment et accompagnement des agents

- Comment accompagnez-vous les agents dans la construction de leur projet professionnel ?
- Avez-vous recours à des outils comme le coaching, le tutorat ou la pair-aidance ?
- Comment favorisez-vous l'autonomie et le pouvoir d'agir des agents concernés ?

5. Perspectives et besoins

- Quels sont, selon vous, les besoins prioritaires pour améliorer le maintien dans l'emploi ?
- Quelles actions ou dispositifs souhaiteriez-vous développer dans votre établissement ?
- Souhaitez-vous ajouter un point ou partager une expérience marquante ?

Retranscription de l'entretien réalisé le 18 juillet 2025

Mme DN Cadre Supérieur de Santé - Référente Handicap

1. Rôle et missions de la référente handicap

EDH : Pouvez-vous décrire vos missions principales en tant que référente handicap ?

DN : Alors mes missions principales, elles sont beaucoup plus sur la politique générale de l'établissement en faveur de la situation des personnes en situation de handicap, des agents évidemment. C'est-à-dire un des outils d'appui ça a été la convention avec le FIPHFP, qui effectivement décline notre politique sur les axes prioritaires pour les 3 prochaines années, à savoir le recrutement, le maintien dans l'emploi et tout ce qui est sensibilisation, formation et communication.

Donc on a nos quatre axes prioritaires et à partir de là, j'ai presque envie de dire on a élaboré notre plan d'action en partenariat avec les acteurs de l'établissement : les organisations syndicales, les responsables de service, l'encadrement, les personnes concernées, et puis les personnes qui administrativement gèrent le dossier. Voilà ce qu'on a essayé de faire

EDH : Depuis combien de temps exercez-vous cette fonction ?

DN : Pas longtemps, ça ne fait pas un an, ça fera un an le 16 septembre 2025

EDH : Comment votre rôle est-il perçu au sein de l'établissement ?

DN : Alors je pense qu'il est bien perçu. Par contre, je pense qu'il n'est pas connu, enfin je ne vais pas dire pas connu mais je pense qu'il est mal connu. Je pense qu'on a tendance à venir me voir sur des questions individuelles, en plus de ça au départ on se cherche toujours sur une fonction, il fallait le créer ce poste ! et donc c'est vrai que je me suis occupé de certains dossiers individuels, j'ai essayé de faire du lien entre l'ensemble des acteurs de la maladie, de la carrière, ce qui est assez complexe. Alors c'est vrai que les gens ont tendance à venir me voir donc sur des questions individuelles, auxquelles je réponds volontiers mais il n'empêche que ce n'est pas forcément ma mission à moi. Voilà donc du coup ma mission est-ce qu'elle est bien connue ? Je n'en suis pas si certaine que ça !

EDH : Votre bureau au sein du service DRH, est-ce que c'est plutôt positif ou plutôt neutre voire négatif ?

DN : c'est pratique ! c'est pratique pas ce que j'ai toutes les informations dont j'ai besoin, donc ça c'est plutôt pratique. Par contre, est-ce que pour les gens à l'extérieur ça facilite le lien ? je n'en suis pas si certaine que ça

Voilà, c'est vrai que si on avait une cellule handicap où on pourrait se regrouper, alors à quel endroit ? je n'en sais rien, mais qui soit effectivement formalisée et repérée. Je pense que ça aurait un peu plus de « gueule » et puis ça répondrait mieux aux enjeux de ce qu'on attend sur un établissement ou il y a quand même plus de 2300 agents quoi, c'est énorme.

2. Maintien dans l'emploi et reclassement

EDH : Au niveau du maintien dans l'emploi quelles sont les principales difficultés rencontrées ?

DN : Les principales difficultés, c'est que nous au niveau de l'établissement on n'a pas de repérage des postes vacants. Ça c'est un gros travail qui est en train de se faire actuellement sur l'établissement, la deuxième chose qui est compliqué c'est de faire le lien entre justement de tout ce qui candidature et la question du handicap, c'est-à-dire qu'avant d'envoyer toutes les candidatures à l'extérieur, venir vers la cellule handicap en disant : « Voilà, on a tel ou tel poste qui va sortir, est-ce que vous pensez que vous avez des agents

en reclassement à qui ça pourrait correspondre ? » et puis, je ne sais pas, peut-être inventer quelque chose qui soit de l'ordre de la priorité, qu'on reçoive ces personnes en priorité, même si cela ne veut pas dire qu'on va les prendre en priorité car il s'agit d'avoir les compétences, le profil pour le poste. Ce n'est pas parce qu'on est en situation de handicap qu'on ne peut pas avoir les compétences attendues. Mais par contre, qu'on est effectivement un process qui permet de proposer ces postes là pour voir si on a des gens qui peuvent y répondre. Et du coup ça répondrait beaucoup mieux au maintien dans l'emploi évidemment, et que des messages soient passés qu'ont sensibilise aussi l'encadrement et en particulier, je vais le dire pas un vilain mot, mais le monde médical, il faut qu'il s'ouvre à ça ! ça me paraît important qu'il comprenne les enjeux qui sont posés sur des questions comme ça.

EDH : Comment sont identifiées les situations à risque ou les restrictions médicales ?

DN : Est-ce que c'est identifié ? soit les situations à risque, soit les postes de travail qui vont amener plus de risques. Est-ce qu'ils sont formellement identifiés ? Les métiers on les connaît mais de là à dire qu'ils ont été identifiés... en disant les raisons pour lesquelles ils sont identifiés et qu'est-ce qu'il s'y passe ? Ce travail-là, il n'a pas été fait encore sur l'établissement par contre bien sûr qu'on les connaît tous les métiers, de la logistique, la lingerie, la cuisine, tout ce qui va le bionettoyage, les ASH, les aides-soignants dans certaines unités on sait qu'il y a des risques importants notamment de TMS.

EDH : Quels leviers mobilisez-vous pour favoriser le reclassement ou l'adaptation de poste ?

DN : Il y a une peut-être la PPR ; alors, je viens sur la période de préparation au reclassement (PPR) puisque c'est une loi aujourd'hui. Oui c'est un droit pour l'agent d'accord. On doit le proposer et effectivement pendant cette période-là, l'agent accède quand même à des choses qui lui reviennent de droit : à savoir un bilan de compétences, à savoir, à partir de là, en relation avec la possibilité qu'on aura de lui offrir des postes, de l'orienter sur des formations afin qu'il acquière les compétences requises et puis des périodes d'immersion pour qu'il puisse aller voir si ça lui plait, si ça correspond à ses attentes.

Un accompagnement à la fois, on va dire psychique, parce qu'apprendre qu'on n'est plus apte à son poste ce n'est pas si simple que ça, on a l'impression que c'est juste une annonce mais c'est loin d'être anodin, c'est une vraie remise en cause. Les gens ont l'impression de ne plus être utile, ils arrivent dans une unité ils ne sont pas forcément toujours bien reçu. Et là, on a un gros travail à faire de sensibilisation. On a un travail à faire d'accompagnement avec la psychologue du travail évidemment, l'assistante sociale aussi qui travaillent sur cette question-là. Voilà un accompagnement administratif, on a maintenant une personne qui va s'occuper uniquement des PPR et de la Commission d'Adaptation à l'Emploi (CAE) et puis en parallèle on va effectivement mettre en place une politique générale sur cette question. Et là déjà, on pourra peut-être un peu mieux répondre aux enjeux collectifs mais aussi aux enjeux individuels que les gens traversent.

EDH : Il y a quand même l'adaptation de poste et dans ce domaine du coup, est-ce que vous avez des ressources pour ça ?

DN : Très peu, on travaille avec les chefs de service, avec les encadrants. On leur explique, on les sensibilise là-dessus, donc on a des encadrants qui nous appelle en disant « ben tiens j'ai un poste là, du coup je pourrais peut-être » donc là on travaille avec eux à ce moment-là, on affine sur quel profil ils ont besoin ? et puis voir si nous effectivement dans

la liste que nous avons des gens en situation de reclassement si on a quelqu'un qui pourrait correspondre et derrière on organise des périodes immersives.

EDH : Je me suis mal fait comprendre : Avant le reclassement les agents qui ont des problèmes de santé, le médecin peut être amené à faire un aménagement de poste ?

DN : Ah oui effectivement. Lors de la visite de santé au travail soit il y a inaptitude au poste de l'agent et là effectivement on rentre dans une situation de reclassement et donc de PPR si l'agent l'accepte. Par contre avant ça, il peut y avoir des situations où il n'y a pas besoin de reclassement ou on peut rester dans son poste à condition que celui-ci soit aménagé. Alors dans ce cas on travaille ici avec un ergonome. Il va faire une étude du poste, environnemental et qui derrière va faire des préconisations, ensuite ça revient sur le médecin de la santé au travail qui valide et à partir de cette validation il y a l'achat de matériel. Cet achat va pouvoir bénéficier d'une aide financière du FIPHFP qui est assez importante, ça peut monter jusqu'à 80% du montant. Ce qui permet d'avoir des aménagements de postes qui permettent de limiter les reclassements derrière.

3. Collaboration interservices

EDH : Comment travaillez-vous avec les services RH, la médecine du travail et les encadrants ?

DN : RH c'est facile pour moi puisque je suis au sein même de la DRH, donc c'est vrai que c'est fluide. Je vais d'un bureau à l'autre, j'ai l'information dont j'ai besoin facilement. Peut-être que ce qui me manque, c'est des choses plus formelles avec les gens de la RH. C'est-à-dire, de dire par exemple, quand on travaille sur, ce qu'on disait tout à l'heure, les candidatures qu'il y ait des choses qui soient actées. C'est-à-dire que quand il y a un poste qui est vacant, hop ! on est d'accord pour que ça revienne vers moi (ou vers la cellule handicap) pour qu'effectivement derrière on voit s'il peut y avoir des profils qui correspondent. Ça on ne l'a pas ! ça, ça se fait au coup par coup ! c'est vraiment des choses comme ça qu'il faut qu'on travaille avec la RH.

Avec la santé au travail, j'ai envie de dire que ça s'améliore beaucoup. Parce que je pense vraiment qu'aujourd'hui quand on parle d'un cas, on parle vraiment du cas et on essaie de voir le cas dans son exhaustivité en essayant de répondre, on n'y arrive pas toujours bien sûr attention, mais au moins déjà il y a la réflexion, au moins déjà il y a la volonté. Du coup ça facilite les échanges, c'est beaucoup plus fluide et quand on a des questions maintenant sur des préconisations, des restrictions, on n'hésite pas, on prend le téléphone et puis voilà ! en disant par exemple « voilà, là je n'ai pas compris ce qu'il faut qu'on fasse ». Ça c'est plutôt simple.

Les encadrants : C'est là où il faut vraiment qu'on fasse un gros travail. Surtout, presque j'ai envie de dire, dans les équipes de soins, les encadrants, sur ce que je disais sur la logistique tout à l'heure, les services techniques, Je ne vais pas dire que c'est plus simple mais oui c'est plus facile quoi. Par contre le soins c'est fermé, pourtant je suis issue du soins, c'est vrai qu'ils ont très peur car une personne en situation de handicap, ça veut dire que le restant de l'équipe va..... il y a une image qui est véhiculée de celle-là et qu'on a du mal à changer, à modifier et puis d'autre part on a du mal même à travailler avec eux pour dire ok d'accord on ne va pas ajouter des choses, mais qu'est ce qu'on peut faire, qu'est qui est potentiellement ajustable dans votre unité ».

EDH : Quels freins ou leviers identifiez-vous dans la coopération interprofessionnelle ?

DN : Je pense que c'est encore trop morceler. Alors, on a tenté, même si pour l'instant ce n'est toujours pas concrétisé, mais on y reviendra, l'idée c'est d'avoir un référent par agent et que ce référent fasse le lien justement entre l'endroit où l'on va faire de l'immersion,

l'endroit où on va faire la formation, l'endroit où on a un courrier à signer à la RH, parce que pour l'agent c'est compliqué. Ça fait un peu parcours du combattant quand même. Le référent est là pour accompagner l'agent. Pour l'instant, cela n'a pas été retenu chez nous mais on vient d'avoir un agent nommé que sur la PPR, que sur la CAE, donc ça ça va quand même faire évoluer les choses, c'est quelqu'un qui est engagé donc je pense qu'elle va arriver super génial mais nos services sont encore trop séparés, on est sur une politique transversale là ça touche tout le monde, et les politiques transversales c'est plus difficile à mettre en œuvre, donc il faut plus de temps. Mais ça va le faire. On voit bien déjà que malgré tout on s'est déjà amélioré, on a gagné des choses. En 1 an seulement on est loin d'avoir tout gagné mais déjà ça a avancé. Déjà c'est un dossier qui est plus ... on en parle, on n'arrête pas d'en parler de ce dossier-là. Il est sorti des oubliettes

4. Empowerment et accompagnement des agents

EDH : comment accompagner les agents dans la construction de leur projet professionnel.

DN : Alors, on a un conseiller en évolution professionnelle d'accord qui est notre responsable de la formation et qui a fait cette formation là et ça c'est précieux.

Donc on propose effectivement un bilan de compétences. A partir de ce bilan de compétences on va aussi conjuguer avec l'envie de l'agent mais aussi avec ce qu'on est nous en capacité de lui proposer. Un agent qui va nous dire « attendez moi, le bilan de compétence souligne mes compétences en chant ! je vais faire chanteuse professionnelle » ok c'est super on est content, on peut même vous aider dans la formation son et nous on lui parce que s'ils m'ont dit que j'étais bon en changeant, je vais faire chanteuse professionnelle. Ok c'est super on est content, on peut même vous aider pour la formation, mais clairement à l'hôpital il n'y aura pas de poste ! A un moment donné il faut que les gens entendent aussi ce que nous on est capable de pouvoir leur proposer dans la reconversion les choses qu'on ne pourra pas parce que ce n'est pas notre objet ça faut savoir le repérer. Dire « ça ! ça ne va pas être possible ! » Donc vous mettre en adéquation, c'est trois éléments et derrière du coup ben pouvoir mettre en place les formations nécessaires pour que l'agent puisse acquérir les compétences pour aller vers son nouveau projet professionnel en même temps les immersions qui lui permette de voir à la fois si ça plaît ou si ça ne plaît pas, mais aussi les contraintes les restrictions Ça donne une idée un peu plus précise de la vers quoi il va.

EDH : Que pensez-vous des outils comme le coaching le tutorat ou la Pair Aide dans ce domaine ?

DN : Je trouve que ça serait bien, nous on n'en a pas là en ce moment. J'ai pu bénéficier de séances de coaching, pas dans le cadre d'une situation de handicap mais dans le cadre de mon ancien poste, et j'ai trouvé ça super ! Je pense que c'est un endroit où on peut lâcher un petit peu ce qu'on a sur le cœur, c'est aussi un endroit où on nous questionne, c'est aussi un endroit du coup où on va cheminer et se remettre en mouvement quoi ! se remettre en mouvement ou se remettre en mouvement ! Et ça permet aussi d'aborder les choses sous un autre angle et ça ça me paraît important surtout quand on est dans une situation où vient de s'entendre dire votre métier, c'est fini, vous avez fait ça pendant 25 ans mais c'est fini...

Et puis avec une grosse institution, qui n'est pas toujours, comment dire, à même d'être à côté vraiment, d'être à l'écoute. Voilà les gens sont dans leur.... Donc avoir un coaching, avoir un temps pour soi, pour réfléchir, pour voir... moi je trouve que ça serait très bien. Pour la Pair Aide, ben, on rejoint mais c'est quelqu'un qui est déjà passé par là, et qui du coup va pouvoir alimenter., dire moi j'y suis arrivé, mieux comprendre. Et puis il n'y a

pas de relation hiérarchique, il s'agit de partager de l'expérience, de s'entraider. Et puis le référent, c'est ce que j'espère pouvoir mettre en place.

EDH : Comment favorisez-vous l'autonomie et le pouvoir d'agir des agents concernés ?

DN : Je pense que ça on ne le fait pas assez nous. C'est-à-dire, qu'à un moment donné, ok la PPR existe mais la PPR ce n'est pas que dans un sens quoi, ce n'est pas que les employeurs qui « doit des comptes à l'agent » c'est-à-dire doit lui dire voilà moi je vous propose tel poste ! non c'est aussi l'agent qui doit être acteur, je veux dire une fois passé le traumatisme de l'annonce en sachant qu'on peut accompagner par une psycho, peut être par un coaching, par ...ok après il faut se remettre en mouvement. Donc il faut que l'agent il redevienne acteur de sa vie professionnelle, de son projet. Il faut donc qu'il s'engage, qu'il postule à certains endroits, qu'il aille faire des formations, qu'il soit force de proposition là non, ce n'est pas que dans un sens.

5. Perspectives et besoins

EDH : Quelles actions ou dispositifs souhaiteriez-vous développer dans l'établissement ? quels sont les besoins prioritaires pour améliorer le maintien dans l'emploi ?

DN : Franchement, je pense la mise en adéquation entre les vacances de poste et la GPMC ; Déjà si on fait ça, alors déjà qu'on ait nos postes vacants, on ne l'a pas dit mais on a tous un peu honte là-haut de ne pas pouvoir connaître les postes vacants, après c'est la faute à personne, on n'a pas le logiciel qui permette de suivre ça. Je pense que là ça va rentrer dans l'ordre, mais n'empêche qu'il nous faut nos postes vacants et derrière avec nos postes vacants quand on a une vacance de poste, quand on fait un appel à candidature, il faut absolument qu'il y ait une articulation avec la cellule handicap. Ça ne sera pas forcément du systématique ! mais voilà, il faut pouvoir dire moi j'ai untel, untel il peut peut être y répondre il faut qu'il candidate et puis prévenir de l'autre côté, on va vous présenter des candidatures. On aimerait que vous le receviez. Voilà.

EDH : Eventuellement une cartographie des postes dit « à charges modérées » ?

DN : Ça on a commencé à le faire effectivement. Moi j'ai sollicité tous les encadrants en leur demandant « Ou est-ce qu'actuellement ils avaient des gens qui étaient avec des restrictions un peu lourde qui avaient bénéficié d'aménagements de poste. Pour ça, j'ai eu un retour et donc effectivement faudrait qu'à partir de là on puisse dire : quand ces postes se libèrent, comme on sait qu'il y avait quelqu'un avec ses restrictions là, ça veut dire qu'on est en capacité de pouvoir au moins mettre quelqu'un qui a le même type de restriction. Ça me semble important.

EDH : Et quelles actions au dispositif souhaiteriez-vous développer dans l'établissement ?

DN : C'est un petit peu pareil, on vient d'en parler. Peut-être redire que quand tu as un appel à candidature, ça passe d'abord par la cellule et si celle-ci valide on fait un retour. Ça veut dire que la cellule à ce moment-là, à déjà fait ce qu'il fallait.

EDH : Il y a combien de personnes sur la CAE actuellement

DN : En ce moment il y a 25 personnes sur le tableau Excel de la CAE.

EDH : Et en sureffectif vous avez chiffre

DN : Non, il faudrait que je demande. On ne l'a pas pour l'instant.

EDH : Avez-vous une expérience marquante depuis que vous occupez ce poste ?

DN : je suis récemment sur ce dossier. Je vois des gens pleurer. Je vois des gens, je vois des gens inquiets, je vois des gens qui disent mais « qu'est-ce que je vais devenir », je vois des gens qui me parlent de leurs emprunts, je vois des gens qui me parlent de leur famille, de leurs enfants, je vois des gens, je vois des gens qu'on ne peut pas laisser comme ça ! En plus alors moi je reviens sur la nature de notre centre hospitalier, on est quand même en psychiatrie, on a des unités de crise, et quelquefois des agents qui sont victimes de violences dans le cadre de leur fonction donc on peut encore moins les laisser comme ça. Moi, je trouve que l'employeur a une responsabilité vis-à-vis de ces agents et puis lorsque c'est une réussite, j'ai vu des gens super content, fiers de pouvoir dire « j'y suis arrivé... » et ça c'est bien ! c'est une victoire pour tout le monde.

C'était parfait pour le mot de la fin super. Merci beaucoup,

ANNEXE 9 : Grille d'entretien N° 2 et retranscription direction des soins

Grille d'entretien semi-directif – Direction des soins

Cette grille d'entretien semi-directif est conçue dans le cadre d'un mémoire portant sur le maintien dans l'emploi, l'empowerment, le coaching et le reclassement dans la fonction publique hospitalière. Elle vise à recueillir le point de vue de la direction des soins sur les pratiques actuelles, les freins, les leviers et les perspectives d'évolution.

1. Perception du maintien dans l'emploi

- Comment percevez-vous aujourd'hui les enjeux du maintien dans l'emploi dans l'établissement ?
- Quelles sont, selon vous, les principales difficultés rencontrées par les encadrants dans l'accueil d'un agent reclassé ?
- Avez-vous observé une évolution des pratiques ou des mentalités ces dernières années ?

2. Approche managériale et empowerment

- Quelle place accordez-vous à l'autonomie et à la responsabilisation des agents dans les parcours de reclassement ?
- Selon vous, comment peut-on renforcer le pouvoir d'agir des professionnels en situation de fragilité ?
- Le concept d'empowerment vous semble-t-il pertinent dans le contexte hospitalier ? Pourquoi ?

3. Coaching et accompagnement

- Avez-vous déjà eu recours à des dispositifs de coaching pour accompagner des agents en difficulté ou en reconversion ?
- Quels bénéfices ou limites avez-vous pu observer dans ce type d'accompagnement ?
- Pensez-vous que le coaching pourrait être intégré plus largement dans les parcours de maintien dans l'emploi ? Sous quelle forme ?

4. Reclassement et pratiques RH

- Quelle est votre expérience du reclassement en sur-effectif ? Quels en sont, selon vous, les avantages et les limites ?
- Comment se déroule la concertation entre la direction des soins, les RH et les services d'accueil lors d'un reclassement ?
- Les agents reclassés bénéficient-ils d'un accompagnement spécifique (formation, tutorat, suivi) dans l'établissement ?

5. Pair-aidance et innovation

- Avez-vous connaissance d'initiatives de pair-aidance dans votre établissement ou ailleurs ?
- Pensez-vous que ce type de dispositif pourrait être utile pour accompagner les agents en reclassement ?
- Quelles conditions seraient nécessaires pour qu'un tel dispositif fonctionne à l'hôpital ?

6. Perspectives et recommandations

- Quelles seraient, selon vous, les priorités à mettre en œuvre pour améliorer le maintien dans l'emploi dans l'établissement ?
 - Si vous aviez carte blanche, quelles actions ou dispositifs souhaiteriez-vous expérimenter ?
 - Quels conseils donneriez-vous à un établissement qui souhaite structurer une politique de reclassement plus inclusive ?
-

Retranscription de l'entretien réalisé le 28 juillet 2025

Mme DM cadre supérieur de santé auprès du directeur des soins

1. Perception du maintien dans l'emploi

EDH : Comment percevez-vous aujourd'hui les enjeux du maintien dans l'emploi dans votre établissement ?

DM : Aujourd'hui, je pense que l'établissement a une volonté forte de maintenir dans l'emploi les personnes qui le nécessitent. Maintenant sur la façon dont c'est fait, des fois c'est pas toujours adéquat.

EDH : Quelles sont, selon vous, les principales difficultés rencontrées par les encadrants dans l'accueil d'un agent reclassé ?

DM : En fait, ça dépend des fois. Les agents reclassés ne peuvent pas effectuer toutes les tâches dans le service qu'il soit logistique, technique, ou de soins. Et ça peut mettre en difficulté les cadres ou les encadrants sur la question de l'équité. C'est pour ça je pense qu'il faut bien l'accompagner. Et en même temps c'est compliqué de dire que cette personne est en reclassement et que donc elle peut, ou ne peut pas faire certaines choses. Par exemple pour un agent qui ne peut plus soulever des charges supérieures à 10 kg parce que des fois aussi on peut stigmatiser la personne. En fait il faut essayer de l'accompagner en disant un peu à l'équipe, que c'est normal et qu'elle ne puisse pas faire tout à fait les mêmes choses sans pour autant la stigmatiser et qui disent Bah en gros c'est une feignante, on nous l'a mis en plus, mais ça ne sert à rien, c'est vraiment un boulet. Il y a tout un dosage, je pense à faire pour la personne surtout.

EDH : Avez-vous observé une évolution des pratiques ou des mentalités ces dernières années ?

DM : non, mais moi ça ne fait que 2 ans que j'occupe ce poste. Mais vraiment je pense qu'il y a un travail plus global, institutionnel à faire. Parce que là, à chaque fois les personnes reclassées on est sur du cas particulier, sur une réflexion que d'un individu. En gros c'est, où est-ce que je peux le mettre ? pour que ce soit le moins pire pour lui et pour l'institution mais ce n'est pas réfléchi institutionnellement. Il n'y a pas de projet, et même d'accompagnement des cadres qui reçoivent ces agents. Ils sont imposés la plupart du temps donc il n'y a pas de réflexion globale, du coup tant qu'il n'y a pas de réflexion globale pour moi et dès qu'on est que sur du cas par cas, à faire vite, dans l'urgence ça ne peut pas s'améliorer.

2. Approche managériale et empowerment

EDH : Au niveau de l'approche managériale justement et de l'empowerment. Quelle place accordez-vous à l'autonomie et à la responsabilisation des agents dans les parcours de reclassement ?

DM : Pour moi c'est essentiel. L'autonomie et la responsabilisation sont essentielles. Quelquefois je suis en profond désaccord avec nos organisations syndicales qui disent que l'institution doit tout, que le cadre doit faire... je suis désolé ils infantilisent les agents. Ok, il y a eu un souci de vie. Ok on les accompagne, mais ils sont aussi autonomes et responsable de leur chemin de vie et de leur chemin professionnel, et pour moi, ils ont leur mot à dire. Je trouve que des fois ils ne l'ont pas ! Les syndicats vont choisir pour eux, la DRH va choisir pour eux, la direction des soins va choisir pour eux. Mais ce qu'ils veulent vraiment ben Donc il y a des agents qui se laissent un peu « bercer » et qui sont contents de continuer à bosser pour recevoir leur rémunération. Je pense qu'il y en a pour qui c'est plus compliqué, surtout en termes de dignité professionnelle.

EDH : Selon vous, comment peut-on renforcer le pouvoir d'agir des professionnels en situation de fragilité ?

DM : Je pense qu'on ne les entend pas assez, ils ne sont pas assez écoutés, on ne les rencontre pas en amont. On pourrait les rencontrer déjà DRH et Direction des soins sur des temps comme ça. Des situations individuelles pas forcément avec les syndicats ou pas mais pour savoir ce qu'eux ils veulent finalement, ce qu'eux ils ont imaginé pour eux-mêmes. Parce que quand même, la reconversion ou le reclassement c'est quand même un travail de deuil. Il s'agit de savoir déjà à quel stade ils en sont de ce travail de deuil. Est-ce qu'ils sont encore dans le déni : « non, je ne serais pas reclassé », c'est juste quelques temps ou est ce qu'ils sont dans l'acceptation ? à quel niveau ils sont déjà de ce travail là ? qui ne peut être que personnel. Et, je pense de plus considérer leurs paroles, on en parle en CAE, en situation individuelles avec les OS. Moi il y a pleins d'agents que je ne connais que sur tableau Excel, si je les croise dans l'établissement je serais incapable de vous dire « c'est elle ! ». Et pourtant, j'émet des décisions sur cette personne sans la connaître. Je pense que les agents ils seraient d'accord pour nous rencontrer, alors je ne dis pas, on n'est pas là pour faire leur psychothérapie ni pour remplacer la médecine du travail. Mais ne serais ce que sur une demi-heure, ben tiens voilà : comment vous, vous imaginez votre travail après reconversion ? entre ce qu'eux ils imaginent et ce que nous pouvons proposer comment on arrive à trouver un compromis acceptable pour tout le monde ?

EDH : Le concept d'empowerment vous semble-t-il pertinent dans le contexte hospitalier ? Pourquoi ?

DM : Oui

3. Coaching et accompagnement

EDH : Avez-vous déjà eu recours à des dispositifs de coaching pour accompagner des agents en difficulté ou en reconversion ?

DM : Non

EDH : Pensez-vous que le coaching pourrait être intégré plus largement dans les parcours de maintien dans l'emploi ? Sous quelle forme ?

DM : Oui

4. Reclassement et pratiques RH

EDH : Au niveau des pratiques RH, Quelle est votre expérience du reclassement en sur-effectif ? Quels en sont, selon vous, les avantages et les limites ?

DM : En fait ici pour le moment on ne fait que du reclassement en sur effectif. Ca ne peut que créer des disparités dans l'équipe, ça crée de l'insécurité pour l'agent car un sureffectif n'est pas un poste vacant, et donc pas un poste pérenne. Pour l'agent = je peux sauter à tout moment ! alors qu'en réalité le sureffectif peut durer plus de dix ans.. Néanmoins, j'ai eu à faire à un agent, un Aide-Soignant qui a eu de grosses difficultés suite à une agression et qui ne pouvait plus être en accueil crise. On l'a mis un temps en sureffectif à un endroit où c'était plus calme et tant que je n'ai pas réussi à lui trouver un poste vacant qui correspondent à son reclassement bien sûr, il n'était pas sécurisé ! Donc il venait me voir tous les 15 jours, depuis qu'il est sur son poste vacant, depuis que je lui ai dit si ce poste-là vous plaît, on a fait un essai à l'automne, il m'a appelé pour avoir confirmation si ça me plaît, c'est bien mon poste ? si ça vous plaît c'est bien votre poste, et vous le quitterez quand vous l'aurez décidé. Je ne l'ai plus jamais revu, alors qu'avant il m'appelait toutes les semaines. Je reconnaissais son numéro de portable, une fois qu'il a été sécurisé on n'a plus eu à travailler avec lui.

EDH : Et éventuellement les avantages à être en sureffectif vous en voyait ?

DM : Ça peut peut-être mais il faudrait que ce soit très bref. Vraiment au début, à la reprise de l'activité, le mi-temps thérapeutique éventuellement, mais pour moi il ne faut pas que ça dure plus de 6 mois quoi. On ne peut pas, il faut que rapidement on trouve une solution, en fait ça peut nous aider aussi à trouver un poste vacant adéquat. Moi ça a été le cas pour cet agent aide-soignant, on l'a mis effectivement en sureffectif sur une autre unité le temps que le poste auquel je pensais pour lui se libère au bénéfice d'un départ la retraite. Il savait que c'était temporaire jusqu'à ce que je trouve un poste vacant, mais il ne fallait pas que la situation ne dure, parce que j'ai déjà observé qu'au bout de quelques mois, il ne voulait plus quitter l'autre unité. Parce que du coup ben, il commence à se familiariser avec l'équipe, les patients et ça a été compliqué de le bouger sur ce poste vacant. Au début ça a été insécurisant pour lui, donc il faut que ce soit vraiment bref et cadré. On dit à l'agent « voilà, ça va durer 3 mois, ça va durer 6 mois mais il faut mettre un terme », il faut que ce soit bien caler dès le début sinon, après c'est normal, il me dit « moi je connais l'équipe, je connais les patients ... » c'est normal au bout de 6 mois qu'il s'installe dans l'unité. C'est plutôt ça.

EDH : Comment se déroule la concertation entre la direction des soins, les RH et les services d'accueil lors d'un reclassement ?

DM : On a des rencontres un mercredi sur deux entre direction des soins et ressources humaines mais quand on parle reclassement il n'y pas les personnes concernées. En fait, on décide pour eux ! Le cadre sup va être mis courant quand on s'est mis d'accord, quand on a pris la décision on impose ! il n'y a pas de travail et les avec le cadre sup, ça s'est clair

EDH : Les agents reclassés bénéficient-ils d'un accompagnement spécifique (formation, tutorat, suivi) dans l'établissement ?

DM : Aujourd'hui non. Même si se serait nécessaire.

EDH : Peut-être à travers le PPR ?

DM : Ça serait intéressant, par exemple cet aide-soignant il a toujours travaillé en psychiatrie adulte, afin de respecter toutes les restrictions médicales on l'a mis en pédopsychiatrie. Il m'a dit « moi, je ne suis pas formé à la psychopathologie de l'enfant ! ». Donc j'avais demandé à sa cadre qu'il soit prioritaire pour une formation mais c'est quelque chose que l'on aurait pu anticiper, réfléchir en amont, notamment lorsqu'il était en sureffectif

chez les adultes. On aurait pu très largement lui faire faire les formations requises comme la psychopatho de l'enfant, les activités thérapeutiques chez l'enfant... on avait largement le temps de le faire, il était en sureff donc

EDH : C'était avant 2021 ?

DM : non, c'était après. Je parle de l'automne 2024 donc très récemment.

EDH : Il y avait donc déjà l'obligation de PPR pour l'établissement. Il aurait pu faire toutes les formations nécessaires.

DM : oui mais quelquefois, il y a des gens qui ne rentrent pas dans le PPR , on rentre dans des restrictions, des reclassements sans PPR

5. Pair-aidance et innovation

EDH : Avez-vous connaissance d'initiatives de pair-aidance dans votre établissement ou ailleurs ? et

Pensez-vous que ce type de dispositif pourrait être utile pour accompagner les agents en reclassement ?

DM : Non, c'est-à-dire ? des agents reclassés qui aident... comme les patients ? ce serait pas mal !! Ce serait intéressant parce qu'en fait souvent je pense que les agents que l'ont doit reclasser, qui peuvent ne plus être aptes sur leurs fonctions en fait au début ils voient ça vraiment comme s'ils étaient déçus quoi. Et des fois, ils ne voient pas le « bout du tunnel », voir quelqu'un, je ne sais pas moi, si je me mets à la place de cet aide-soignant ou même un infirmier qui ne serait plus apte à ses fonctions d'infirmier.. de voir un autre infirmier qui a vécu la même chose ça peut l'aider dans sa perspective de projet. Sinon moi, même si je veux être dans l'accompagnement, c'est pas mal aussi que ce soit un autre infirmier. Un peu comme les patients avec un autre patient, parce qu'il sait ! quand il va lui parler, moi un infirmier je ne peux pas accompagner un infirmier inapte, je ne sais pas ce que c'est d'être inapte à ses fonctions d'infirmier. Ca permet une relation non hiérarchique, horizontale. Un autre IDE peut dire « ben tu vois, moi j'ai fait ça ... » ça fait écho chez la personne..

EDH : Quelles conditions seraient nécessaires pour qu'un tel dispositif fonctionne à l'hôpital ?

DM : Après il faudrait que ces personnes-là soient formés à la Pair Aidance, parce qu'il ne faudrait pas qu'ils soient en fusion avec ceux qu'ils accompagnent, il faut qu'eux ils soient suffisamment à distance de leur reclassement pour pouvoir avoir le recul nécessaire. Sinon ça peut être compliqué, mais comme pour les patients, les pairs aidants il faut qu'ils soient suffisamment stabilisés, qu'ils soient formés. Selon le même principe en fait il faudrait l'organiser

6. Perspectives et recommandations

EDH : Quelles seraient, selon vous, les priorités à mettre en œuvre pour améliorer le maintien dans l'emploi ou le reclassement dans l'établissement ?

DM : Déjà, j'ai envie de vous dire d'avoir des fiches de poste partout parce moi remplacer des gens sans savoir, quand ils ont des restrictions, des choses, sans savoir ce qui se fait ailleurs.... c'est un peu compliqué pour moi de dire : ploum ! ploum ! Alors j'ai cette « chance » que ça fasse quand même 23 ans que je suis sur l'établissement, donc je connais quand même les services de soins, logistiques et techniques. Je connais tout le monde, je connais beaucoup de gens dans l'hôpital, j'ai une idée finalement de là où on

peut les mettre. Mais si demain arrive un cadre sup du CHA qui me remplace alors là bon courage à elle ou lui pour savoir quelles sont les particularités. Notre nouveau DRH par exemple, ne sait absolument pas ce qui se passe dans les unités de soins, on n'a aucune fiche de poste on n'en a nulle part ! un jour par exemple on m'a appelé du service RH pour avoir la fiche de poste de l'Aide-soignant du LAM, ben appelle la cadre parce que moi j'ai aucune idée de la fiche de poste de l'AS du LAM. On devrait, la DRH devrait avoir toutes les fiches de poste, de tous les agents à jour.

EDH : Si vous aviez carte blanche, quelles actions ou dispositifs souhaiteriez-vous expérimenter ?

DM : En plus des fiches de postes à jour, il serait nécessaire d'avoir une vision plus claire aussi. Parce que ça c'est pareil, on n'a pas de GPMC. Parce que moi cet aide-soignant, c'est parce que je connais bien la cadre sup que je savais qu'il y avait un départ à la retraite sur un poste qui pouvait lui convenir. Mais je ne sais pas par la magie du saint esprit ! Justement pour ce que je disais tout à l'heure pour baliser la fin, pour connaître les postes vacants il faut que je sache quels postes vont se libérer, dans quels délais. Ça me permettrait de préparer l'agent, en termes de perspectives... On n'a pas de fiches de postes, on n'a pas de GPMC on n'a aucun tableau de bord. Pour reclasser les gens c'est du petit bonheur la chance ... et on ne peut pas travailler comme ça .. si on veut faire de l'accompagnement.

EDH : Quels conseils donneriez-vous à un établissement qui souhaite structurer une politique de reclassement plus inclusive ?

DM : Déjà, il faudrait par pôle un référent qui serait un peu le relais de ce qui s'y fait exactement avec la DRH et la direction des soins. Nous on est dans un bâtiment à part, on travaille sur du papier on n'est pas du tout dans les pratiques du terrain. Donc je pense que peut être un référent par pôle, histoire de nous aider aussi d'avoir un interlocuteur, ça peut être un cadre de proximité par pôle, en mission transversale.

EDH : Merci

ANNEXE 10 : Grille d'entretien N° 3 et retranscription

Grille d'entretien semi-directif – Cadre Paramédical de Pôle

1. Perception du reclassement et de la PPR

- Comment percevez-vous aujourd'hui les enjeux liés à l'inaptitude et au reclassement dans votre pôle ?
- Avez-vous été confronté à des situations d'agents en PPR ? Si oui, comment cela s'est-il déroulé ?
- Selon vous, la PPR est-elle perçue comme un outil utile ou comme une contrainte dans l'organisation du travail ?

2. Posture managériale et accompagnement

- Quelle place accordez-vous à l'écoute et à la co-construction du projet professionnel avec les agents concernés ?
- Comment accompagnez-vous les équipes dans l'accueil d'un agent en reclassement ou en PPR ?
- Quelles difficultés rencontrez-vous dans la gestion de ces situations (organisationnelles, humaines, relationnelles) ?

3. Coordination et coopération

- Comment se passe la collaboration avec les services RH, la médecine du travail et les autres acteurs dans le cadre d'un reclassement ?
- Existe-t-il des espaces de concertation ou de suivi des parcours dans votre pôle ?
- Que faudrait-il améliorer pour fluidifier les échanges et renforcer la coordination ?

4. Représentations et leviers d'inclusion

- Quelles sont, selon vous, les représentations les plus fréquentes autour de l'inaptitude dans les équipes ?
- Avez-vous observé des freins ou des leviers à l'inclusion des agents reclassés ?
- Que pensez-vous de dispositifs comme la pair-aidance ou le tutorat pour accompagner ces parcours ?

5. Perspectives et recommandations

- Quelles seraient, selon vous, les priorités à mettre en œuvre pour améliorer l'accompagnement des agents inaptes dans votre pôle ?
- Si vous aviez carte blanche, que souhaiteriez-vous expérimenter ou mettre en place ?
- Quels conseils donneriez-vous à un autre cadre confronté à une situation de reclassement complexe ?

Retranscription de l'entretien réalisé le 20 juillet 2025

Mme MEB - Cadre Paramédical de Pôle

1. Perception du reclassement et de la PPR

EDH : Comment percevez-vous aujourd'hui les enjeux liés à l'inaptitude et au reclassement dans votre pôle ?

MEB : Au niveau du management ce sont des enjeux prépondérants, prégnants parce que plus on avance dans l'âge plus il y a d'inaptitude. C'est important d'arriver à identifier s'il est possible d'avoir des postes qu'on puisse mettre en place pour des inaptitudes sur chaque pôle car je pense que tous les pôles à un moment donné sont concernés par l'inaptitude des agents.

EDH : Et aujourd'hui il n'y a pas de poste dédié ?

MEB : Non il n'y en a pas

EDH : Avez-vous été confronté à des situations d'agents en PPR ? Si oui, comment cela s'est-il déroulé ?

MEB : Non il n'y en a pas eu, il y a eu des inaptitudes par exemples des ASH qui ne peuvent pas relever les bras, à ce moment-là on leur achète le matériel adapté. On adapte le poste mais on n'a pas eu de réelle inaptitude à reclasser ailleurs.

EDH : Selon vous, la PPR est-elle perçue comme un outil utile ou comme une contrainte dans l'organisation du travail ?

MEB : Comme un outil utile, elle est nécessaire. Utile d'abord pour l'agent car c'est quand même un changement dans son état, ça lui permet d'être accompagné dans une période qui peut être charnière dans l'acceptation de son nouveau statut car ce n'est pas toujours simple de passer d'un statut de personne normale à un statut d'inapte avec des restrictions plus ou moins étendues et prolongées. Oui ça permet vraiment de l'accompagner

EDH : Et les collègues, comment ils le vivent justement ?

MEB : Si le poste est réellement paramétré pour une inaptitude ça ne doit pas poser de problème, puisque ne repose pas sur les épaules des autres membres de l'équipe la charge de travail qu'il ne peut pas accomplir. C'est là où la réflexion est la plus importante, sur la définition et le choix des postes qu'on met en place pour les inaptitudes.

2. Posture managériale et accompagnement

EDH : Quelle place accordez-vous à l'écoute et à la co-construction du projet professionnel avec les agents concernés ?

MEB : Principale, primordiale et nécessaire.

EDH : et pour vous c'est le rôle de qui majoritairement cette écoute ?

MEB : Pour moi c'est toute l'institution qui est concerné. On est tous, à des maillons et à des endroits différents nécessaire à la réussite de chaque reclassement. Si on veut qu'il réussisse.

EDH : Comment accompagnez-vous les équipes dans l'accueil d'un agent en reclassement ou en PPR ?

MEB : Pour l'instant dans le pôle, je n'ai pas eu l'occasion. Mais ailleurs je n'ai pas eu de soucis avec ça. Ça se prépare, ça s'accompagne, ça s'annonce... avec respect et discrétion parce qu'on ne peut pas tout dire, mais après on ne peut pas non plus rien dire parce que sinon ça crée des incompréhensions, de la tension et de la compétition à des lieux où elle ne devrait pas être.

EDH : Quelles difficultés rencontrez-vous dans la gestion de ces situations (organisationnelles, humaines, relationnelles) ?

MEB : C'est ce que je disais tout à l'heure, quand il n'y a pas de connaissance ou qu'il y a de l'incompréhension ça peut générer de la compétition, de la colère, de l'envie. C'est pour ça qu'il faut que ce soit accompagné.

3. Coordination et coopération

EDH : Comment se passe la collaboration avec les services RH, la médecine du travail et les autres acteurs dans le cadre d'un reclassement ?

MEB : je pense qu'il y a un certain hermétisme entre tous, en fait je ne suis pas certaine qu'il y ait du lien justement. Par exemple, actuellement on se retrouve à recevoir des fiches d'inaptitude, ça n'a pas été discuté et quand on relance la DRH pour savoir ; Ben là, j'ai eu une situation où un agent de mon pôle à mi-temps thérapeutique et qui doit repasser à temps plein mais il ne doit plus être en secteur de gestion de crise. Dans le pôle des UMD on ne fait que de la gestion de crise donc je renvoie en disant qu'est-ce qu'on fait ? Pas de réponse...

EDH : Existe-t-il des espaces de concertation / de suivi des parcours dans votre pôle ?

MEB : Pour moi non, pas avec nous. De l'institution avec mon pôle non ?

EDH : Que faudrait-il améliorer pour fluidifier les échanges & renforcer la coordination ?

MEB : déjà en créer des échanges et créer une commission où on puisse parler des situations car je ne pense pas que ce soit le problème que de la DRH ou le problème que de la direction des soins, c'est un problème institutionnel. Parce que des fois on n'a pas connaissance de certains postes qui pourraient être aménageable et aménagé et comme c'est toujours de la peu près on ne travaille pas forcément comme il faudrait. Après c'est vrai que dans les hôpitaux il est quand même difficile de trouver des postes qui soient aménageables. Après ça dépend à chaque fois du type d'inaptitude et des restrictions qui vont avec. Ce qui est très discriminant car l'agent n'arrive pas à se réaliser professionnellement alors qu'il sait qu'il a une inaptitude, et que déjà il faut arriver à accepter son changement d'état et du coup ce n'est pas simple.

4. Représentations et leviers d'inclusion

EDH : Quelles sont, selon vous, les représentations les plus fréquentes autour de l'inaptitude dans les équipes ?

MEB : Fainéantise, les gens souvent pensent que c'est parce qu'ils sont fainéants qu'ils ne font pas. Ils ne pensent pas forcément que c'est parce qu'ils ne peuvent pas.... Alors qu'on est dans un EPSM, où le handicap invisible devrait être mieux compris qu'ailleurs...

EDH : Avez-vous observé des freins ou des leviers à l'inclusion des agents reclassés ?

MEB : Les freins c'est surtout la méconnaissance et le manque de lien et le levier, je pense que quand on donne à quelqu'un la place où il est aligné ou il pourra le mieux atteindre ses missions, ça devient quelqu'un de ressources et de pivot qui va nous aider par la suite, c'est pour ça que c'est important de réfléchir à ça. Ce sont des gens qui après sont très impliqués, très reconnaissants

EDH : Que pensez-vous de dispositifs comme la pair-aidance ou le tutorat pour accompagner ces parcours ?

MEB : ça pourrait être une bonne idée. Parce que qui de mieux que quelqu'un qui a un handicap pour accompagner l'autre. Oui c'est pas mal !

5. Perspectives et recommandations

EDH : Quelles seraient, selon vous, les priorités à mettre en œuvre pour améliorer l'accompagnement des agents inaptes dans votre pôle ?

MEB : Dans mon pôle ? Bah déjà qu'il y ait une commission institutionnelle qui nous

EDH : est-ce que vous pensez que les médecins par exemple serait d'accord pour travailler là-dessus ?

MEB : Se dire que dans notre pôle, ce poste là on le réserve pour de l'inaptitude Je ne sais pas, je ne me suis pas posé la question. Encore faut-il encore une fois que le profil soit adapté au poste.

EDH : Pensez-vous que ça doit se gérer par pôle, ou c'est plutôt de l'interpôle ?

MEB : Pour moi c'est de l'institutionnel, l'inter pôle c'est encore différent, il faut qu'il y ait de l'administratif. Même si je trouve qu'il y a de moins en moins d'humain à tous les niveaux.

EDH : Si vous aviez carte blanche, que souhaiteriez-vous expérimenter ou mettre en place ?

MEB : Du tutorat et du compagnonnage pour les personnes inaptes, avec un vrai parcours défini et des points d'étapes.

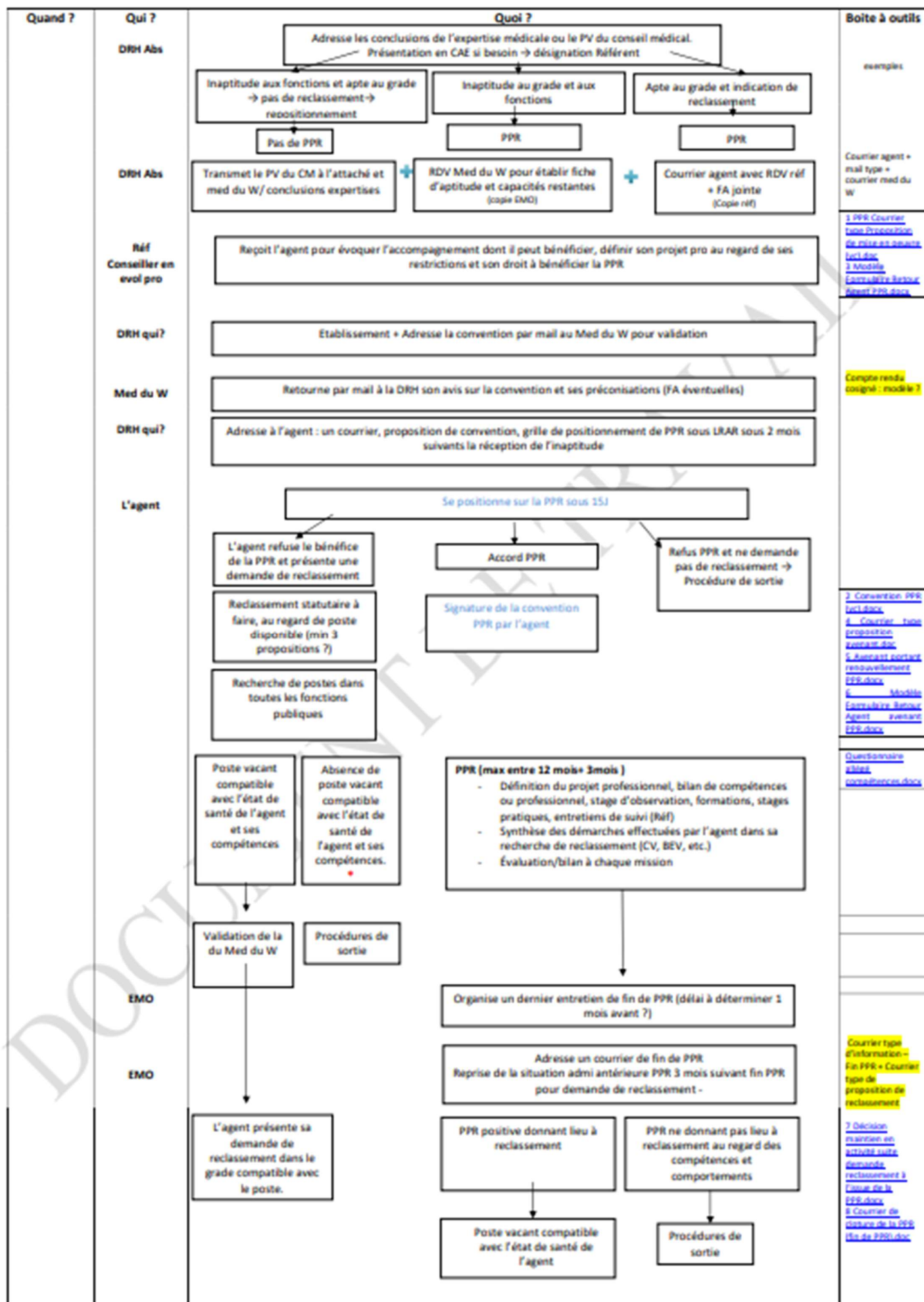
EDH : Quels conseils donneriez-vous à un autre cadre confronté à une situation de reclassement complexe ?

MEB : D'associer l'agent à la décision et de voir avec l'agent ce qu'il pense être le mieux pour lui. Parce que plus il adhérerait au choix du poste et plus il sera à même de mener à bien ses missions

EDH ; Merci

ANNEXE 11 :

Logigramme PPR



Logigramme PPR

PROCEDURES DE SORTIE **

Pas de reclassement possible au regard des compétences de l'agent et des opportunités institutionnelles, selon la grille d'évaluation type des savoir-être et savoir-faire.

Réunion situation individuelle réf/ med/DRH (qui ?) : absence médicale et carrière, retraite pour orientation du motif de sortie ?

RETRAITE POUR INVALIDITE

RUPTURE CONVENTIONNELLE

LICENCIEMENT pour inaptitude

Inaptitude définitive à toutes fonctions

Absences med instruit la demande de RI auprès du CMA
En cas de validation par le CMA, le dossier est transmis pour instruction au service retraite.

Demande écrite de l'agent.
Instruction du dossier par le service carrière.

Licenciement pour non-possibilité de reclassement

- Transmission du dossier complet, ainsi que de toutes les pièces justificatives.
- Instruction du licenciement par la DRH.
- Décision d'instruire le licenciement selon les mêmes modalités qu'un licenciement classique : entretien préalable, CAP
- Motif du licenciement : licenciement pour inaptitude physique à ses fonctions avec impossibilité de reclassement

ANNEXE 12 :



CONTEXTE et MISE EN ŒUVRE DE LA PPR

(Document de travail)

Contexte réglementaire

La PPR est réservée aux fonctionnaires titulaires, quel que soit leur temps de travail, lorsqu'ils ont été reconnus définitivement inaptes à toutes les fonctions de leur grade par le conseil médical. La sollicitation du conseil médical se fait après un avis d'inaptitude à toutes les fonctions de leur grade donné par le médecin du service de prévention et de santé au travail confirmé par l'avis d'un expert médical.

L'autorité investie du pouvoir de nomination a l'obligation de proposer par écrit, à son agent une PPR, d'une durée maximale d'un an en application du Code général de la fonction publique.

L'agent, quant à lui, n'est pas dans l'obligation de l'accepter.

L'enjeu de la PPR est d'accompagner le reclassement de l'agent reconnu inapte aux fonctions de son grade, non nécessairement dans sa branche initiale, mais possiblement dans l'un des trois versants de la fonction publique (Etat, Hospitalière, Territoriale).

Avant la PPR

La PPR s'inscrit souvent après une période d'arrêt de travail pour raison de santé : CMO, AT...

Dans cette période et après 90 jours d'arrêt, la cellule maladie de la Direction des Ressources Humaines avertit l'assistante sociale, chargée du suivi des agents de l'établissement de la situation. Cette dernière proposera alors un entretien à l'agent concerné, qui aura pour objet la prévention de la désinsertion professionnelle

Les objectifs de la PPR

La PPR a pour objet de préparer, le cas échéant de qualifier le fonctionnaire pour l'occupation de nouveaux emplois compatibles avec son état de santé.

- C'est un accompagnement vers le reclassement.
- Elle est d'une durée maximale d'un an en continu.

Pendant cette PPR, le fonctionnaire est placé en position d'activité et bénéficie donc de son traitement (SFT, IR et CTI, ...). Le Maintien du régime indemnitaire n'est en revanche pas garanti.

L'agent étant en position d'activité, il bénéficie de ses droits à avancement, à congés annuels, à congés de maladie. Le décret 2022-630 du 22 avril 2022 relatif au reclassement des fonctionnaires reconnus inaptes à l'exercice de leurs fonctions prévoit les modalités de reports de la PPR en raison de congés pour raison de santé, invalidité temporaire imputable au service, maternité, ...

Il :

- Suit des actions de formation,
- Bénéficie de périodes d'observation et de mise en situation,
- Bénéficie d'un accompagnement personnalisé à l'élaboration d'un projet professionnel
- S'engage dans un processus actif de recherche d'un nouvel emploi tenant compte de ses contraintes médicales : dépôt de candidatures, courriers aux autres employeurs publics, privés...

Il s'agit d'un droit qui ne peut pas être refusé à l'agent !

Date de début de la PPR

La PPR débute à la date de réception de l'avis du conseil médical ou peut l'anticiper. Dans ce dernier cas soit le conseil médical confirme l'inaptitude, dans ce cas, la date de démarrage de la PPR est maintenue soit le Conseil médical infirme l'inaptitude, la PPR est alors annulée.

Date de démarrage de la PPR* :

Chargé(e)s du suivi de l'agent

Avant de démarrer la démarche d'accompagnement, il paraît utile d'identifier les difficultés d'ordre psychologique de l'agent en position de PPR (faire le deuil du métier que l'on ne peut plus exercer), le stress occasionné par le changement, les contraintes personnelles et familiales et de prendre en compte ses difficultés d'ordre technique.

Aider l'agent à renoncer à son ancien métier est une étape à ne pas sous-estimer.

Cette phase de perte de l'ancien métier peut être facilitée par des formations ou des groupes d'échanges.

L'orienter au besoin vers les professionnels qui peuvent l'aider : médecin, psychologue, assistante sociale du service de prévention et de la santé au travail , référent PPR...

L'accompagnement vers un parcours de formation, adapter un poste, sensibiliser à l'environnement professionnel sont autant de soutiens durant cette période.

Nom :

Prénom :

Fonction occupée :

Coordonnées : ☐ *E-mail*@.....

☐ *Téléphone*

Nom :

Prénom :

Fonction occupée :

Coordonnées : ☐ *E-mail*@.....

☐ *Téléphone*

Nom :

Prénom :

Fonction occupée :

Coordonnées : ☐ E-mail@.....

☐ Téléphone

Mise en œuvre de la PPR

Afin de permettre le suivi des étapes de la mise en œuvre de la Période de Préparation au Reclassement, les actions à réaliser sont :

☐ **Informé l'agent de son droit à bénéficier de la PPR et lui proposer le dispositif de la PPR. L'agent n'est pas dans l'obligation de l'accepter.**

- *Entretien en présence du DRH et de l'attachée de direction en charge du dossier*
- *Courrier d'information du droit de l'agent à la PPR et demande d'acceptation ou de refus (réfèrent PPR)*

☐ **Réceptionner le courrier de l'agent d'acceptation ou de refus de sa PPR**

- *Réception courrier dans les 15 jours au plus tard après la date de notification pour proposer le dispositif de la PPR*

☐ **Transmettre une enquête préalable permettant à l'agent d'initier un contact avec un(e) conseiller(e) en évolution professionnelle au service formation continue.**

- *Enquête d'instruction préalable à la PPR*

☐ **Réaliser un recensement des formations sur lesquelles il est possible de positionner l'agent**

- *Fiche : recensement des formations*

☐ **Réaliser un recensement des possibilités d'accueil en stage interne**

- *Fiche : recensement des possibilités d'accueil en interne ou dans un établissement d'un autre versant de la fonction publique*

☐ **Analyser les besoins en accompagnement de l'agent relatifs à l'élaboration d'un projet professionnel**

- *Fiche : Analyse du besoin en accompagnement*

☐ **Le référent PPR au sein de la Direction des Ressources Humaines à l'agent**

☐ **Elaborer la convention bipartite entre l'agent et le centre hospitalier de Montfavet**

- *Compléter le modèle de convention*
- *Annexer les fiches relatives aux actions de stages et/ou actions de formations*
- *Annexer les fiches de suivi et d'évaluation de la PPR proposés par l'employeur à l'agent : propositions de postes faite par l'employeur, recherche de poste faite par l'agent, avis concernant les stages d'immersion, les formations, compte rendu d'entretiens..*
- *Informé le SPSTI de ce projet de préparation au reclassement avant la notification à l'agent : mail à Mme Coudrat (elodie.coudrat@ch-montfavet.fr) et adresse générique (sante.travail.pmgr@ch-montfavet.fr)*

☐ **Procéder à la signature bipartite**

- *Conformément au Décret n° 2021-612 du 18 mai 2021 instituant une période de préparation au reclassement au profit des fonctionnaires hospitaliers, notification à l'agent, par courrier postal, de la convention, dans les 2 mois suivant le point de départ de la PPR*
- *Réception de la convention signée par l'agent au plus tard dans les quinze jours suivant la notification. La non signature de la convention vaut refus de la PPR par l'agent pour la période restant à courir*

- Un exemplaire signé par l'agent et l'administration investie du pouvoir de nomination est remis à l'agent. Un exemplaire signé est intégré au dossier de l'agent

Date de l'information du service de prévention et de la santé au travail :

☐ **Clôturer le dossier**

- *Informar l'agent et son référent des suites données à la demande de reclassement et des postes créés et/ou vacants, tenant compte de l'état de santé de l'agent, de ses compétences acquises au cours de la PPR et de son projet de mobilité.*

Date de l'information du référent, Mme/ M..... et de Mme/ :.....

☐ **Saisine des instances**

- *Saisir le conseil médical en cas de Reclassement, fin de détachement suite à reclassement ou en cas non-reclassement ce qui amènera à une disponibilité d'office pour raison santé ou une retraite invalidité, licenciement pour inaptitude physique.*

Date de saisine des instances :

Suivi et évaluation de la PPR

L'employeur d'origine assure le suivi et l'évaluation régulière des actions proposées au fonctionnaire.

A l'occasion de ces évaluations, le contenu et les modalités de mise en œuvre de la période de préparation au reclassement pourront être modifiées.

Fin de la PPR

La PPR s'achève à la date de reclassement de l'agent et au plus tard, un an après la date à laquelle elle a débuté.

A l'issue de la PPR, la procédure de reclassement doit être conduite au cours d'une période de trois mois maximum à compter de la demande de reclassement de l'agent.

Demande de reclassement :

Le fonctionnaire qui a bénéficié d'une PPR présente, à l'issue de celle-ci, une demande de reclassement, dans un emploi d'un autre corps ou cadre d'emplois de la fonction publique hospitalière.

Le Code général de la fonction publique prévoit que le reclassement de l'agent est subordonné à la présentation d'une demande préalable de l'intéressé.

Proposition d'un reclassement :

Dès le début de la construction du projet de préparation au reclassement, l'autorité investie du pouvoir de nomination, conjointement avec l'agent intéressé, engage une recherche d'emploi dans un autre corps ou cadre d'emplois de l'établissement et/ou de la fonction publique.

Lorsque celle-ci aboutit avant le terme de la PPR fixé dans la convention et dès lors que l'agent accepte la proposition d'emploi, celui-ci présente sa demande de reclassement.

Cette démarche a pour conséquence de mettre fin à la PPR restant à couvrir.

Obligation de moyens :

La recherche d'emplois compatibles avec l'état de santé du fonctionnaire correspond à une obligation de moyens et non de résultat pour l'employeur.

Cette obligation se formalise par des propositions d'emplois écrites et précises que l'autorité investie du pouvoir de nomination soumet à l'agent, au-delà de la simple publication des offres d'emplois publics.

L'impossibilité pour l'employeur de proposer des emplois doit faire l'objet d'une décision motivée.

L'autorité investie du pouvoir de nomination doit alors expliciter fortement les raisons de cette impossibilité.

Lorsqu'aucun emploi ne peut être proposé au fonctionnaire qui a sollicité un reclassement, celui-ci est placé en disponibilité d'office pour inaptitude physique dans l'attente de lui trouver un poste, en application, du décret n°88-976 du 13 octobre 1988 relatif au régime particulier de certaines positions des fonctionnaires hospitaliers, à l'intégration et à certaines modalités de mise à disposition.

Enfin si aucun poste ne peut être proposé à l'agent, l'employeur enclenchera une procédure de mise à la retraite pour invalidité ou, si l'agent ne remplit pas les conditions d'octroi, de licenciement pour inaptitude physique auprès du conseil médical en formation restreinte ou encore de rupture conventionnelle

Quels postes proposer ?

L'autorité investie du pouvoir de nomination propose à l'agent plusieurs emplois qui peuvent être pourvus par voie du détachement et qui tiennent compte de son état de santé et des compétences acquises au cours de la PPR.

L'autorité investie du pouvoir de nomination, doit d'abord rechercher obligatoirement un emploi de reclassement au sein de ses effectifs, la décision de reclassement à l'issue de la PPR devant d'abord favoriser une possibilité d'emploi au sein du même établissement.

Le reclassement sur le même site géographique doit également, dans la mesure du possible être privilégié.

En l'absence de demande présentée, l'autorité investie du pouvoir de nomination peut, après un entretien avec l'intéressé, décider de proposer au fonctionnaire reconnu inapte à titre permanent à l'exercice des fonctions correspondant à son grade, qui n'est ni en congé pour raison de santé, ni en congé pour invalidité temporaire imputable au service, des emplois compatibles avec son état de santé pouvant être pourvus par la voie du détachement. Pendant l'entretien, l'agent peut être accompagné par un conseiller en évolution professionnelle, un conseiller carrière ou par un conseiller désigné par une organisation syndicale

Plusieurs scénarios sont possibles :

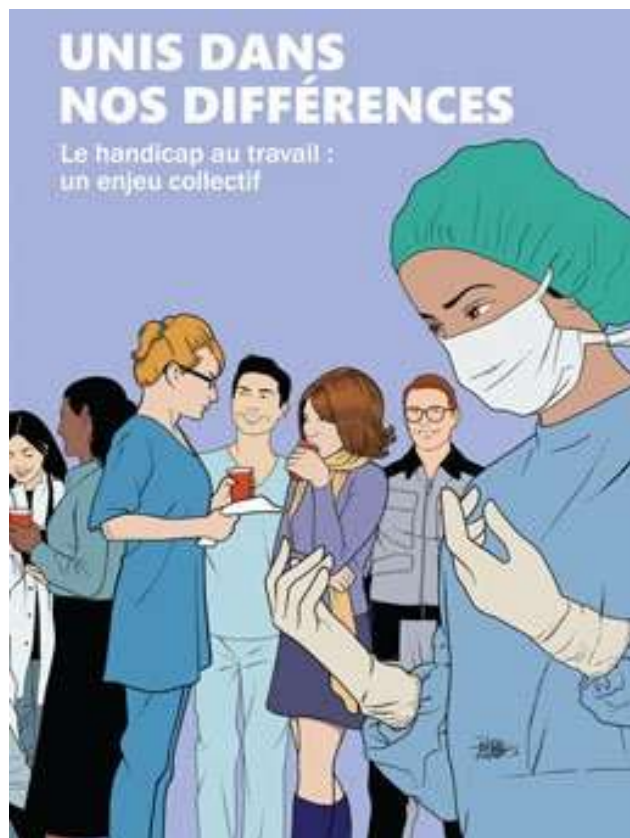
- Tous les postes ouverts au recrutement sont proposés, l'agent se positionne en fonction de ses compétences, de son grade ;
- Certains postes sont dédiés prioritairement aux agents en reclassement de manière à pouvoir former les agents en amont ;
- Des postes sont créés pour augmenter l'amplitude horaire (par exemple, dans certains établissements accueillant du public), ces postes étant réservés à des agents en reclassement ;
- Une mobilité externe est envisageable : des mises à disposition peuvent être envisagées dans un premier temps pour sécuriser l'agent et l'établissement ou la collectivité d'accueil.

ANNEXE 13 : Bande dessinée - Unis dans nos différences



Association nationale
pour la formation permanente
du personnel hospitalier

HANDICAP 2025



EDITORIAL

Quoi de mieux qu'une « bande dessinée charentaise » pour sensibiliser de manière ludique et originale sur le sujet du handicap au travail dans les établissements de santé ?

Cette BD est le résultat d'un projet porté par les 11 établissements de la Fonction Publique Hospitalière de Charente*, soutenus par le FIPHFP, l'ANFH, la MNH et la BFM. Au travers de cet ouvrage, ils ont souhaité contribuer à ce que les appréhensions individuelles sur le handicap et la culture des établissements évoluent.

Il s'agit d'un travail collaboratif entre des professionnels des établissements, un comité éditorial, l'Esat Image Arts Graphiques et l'atelier du Marquis. Les témoignages recueillis, auprès de professionnels dans le cadre d'ateliers d'écriture animés par l'Esat, ont permis de fournir de la matière aux auteurs. L'enjeu était que les scénarios s'approchent au plus près des situations réelles et des ressentis de ceux qui les vivent : agents en situation de handicap, collègues, cadres, professionnels des services des ressources humaines et de la santé au travail, représentants du personnel, ...

Bonne lecture,

Le comité éditorial, des établissements sanitaires et médico-sociaux publics de Charente

* Centre Hospitalier d'Angoulême, Centre Hospitalier de Confolens, Centre Hospitalier de Ruffec, Centre Hospitalier de La Rochefoucauld, Centre Hospitalier Camille Claudel, Hôpitaux du Grand Cognac, Hôpitaux du Sud-Charente, Ehpad Habrioux à Aigre, Ehpad de Montbron, Ehpad les Minimes à Aubeterre, Ehpad Talleyrand à Chalais

ANNEXE 14 : ANFH - RECOPRO : Dispositif d'accompagnement et de formation

ACCOMPAGNEMENT THÉMATIQUE Publié le 27/06/2024

RECOPRO : Dispositif d'accompagnement et de formation pour les agents en repositionnement professionnel



Le nouveau dispositif **RECOPRO** à l'intention des agents en repositionnement professionnel débute en Septembre !

Ses objectifs :

- Accompagner les agents des établissements de la fonction publique hospitalière, qui sont amenés à envisager un repositionnement professionnel compatible avec leur problématique de santé et/ou la situation de handicap à laquelle ils sont confrontés : les conseiller, former, outiller et accompagner dans la définition de leur projet de reconversion professionnelle
- Engager dans une démarche de reconversion, en mettant en perspective un nouvel avenir professionnel par le biais d'un accompagnement collectif associé à des temps individuels
- Favoriser la co-construction d'un nouveau projet avec les agents et leurs établissements employeurs : Mettre en œuvre cet accompagnement de façon tripartite (agents employeur et prestataire spécialisé).

RECOPRO, un accompagnement particulier :

Le parcours se déploie sur une durée comprise entre 6 et 8 mois et associe l'employeur à toutes les étapes. Un binôme de formateurs aux compétences complémentaires (conseiller en insertion professionnelle et un psychologue du travail) accompagne les agents sur tout le parcours avec l'appui d'une équipe pluridisciplinaire (assistante sociale, médecin du travail, ergonome ...) si nécessaire.

Les modalités de mise en œuvre :

- **Une réunion d'information collective** : Présentation du dispositif aux établissements employeurs et à leurs agents (2 heures) **Des entretiens de positionnement en présentiel** par le binôme de formateurs (1 heure par agent)
- **Des ateliers collectifs** (7 heures)
 - o Atelier 1 : Entretiens de positionnement en présentiel par le binôme de formateurs
 - o Atelier 2 : Changer de cap professionnel / passation de tests de personnalité et d'intérêts professionnels
 - o Atelier 3 : Évaluation des aptitudes cognitives / point sur les compétences professionnelles et extra professionnelles
 - o Atelier 4 : Identification des pistes professionnelles
 - o Atelier 5 : Retour d'expérience des enquêtes métiers / Élaboration du projet professionnel
 - o Atelier 6 : Atelier CV / Lettre de motivation

- o Atelier 7 : Atelier entretiens de recrutement / simulations / préparation de l'immersion en milieu de travail
- o Atelier 8 : Partage d'expérience à la suite des immersions et poursuite de la réflexion sur le nouveau projet professionnel
- o Atelier 9 : Élaboration du plan d'actions post RECOPRO et bilan de la formation

- **Des entretiens en présentiel :**

- o Restitution des évaluations, visites médicales avec un médecin, intervenant du prestataire
- o Restitution des évaluations, visites médicales avec un médecin de l'organisme
- o Débriefing à la suite du comité de suivi intermédiaire, pour préparer le stage ou accompagner l'agent dans la poursuite de ses recherches
- o Entretien individuel final pour finaliser le projet et préparer la présentation en comité de suivi.

Le parcours prévoit également des enquêtes métiers, les recherches de stage et un stage de 3 à 5 semaines.

Une offre complémentaire ***spécifique à l'accompagnement des employeurs*** est également disponible.

LAUVERGEON	NATHALIE	Octobre 2025
DIRECTEUR D'HÔPITAL Promotion 2024 - 2025		
Transformer l'inaptitude en opportunité : la Période de Préparation au Reclassement comme catalyseur de changement à l'hôpital		
PARTENARIAT UNIVERSITAIRE :		
Résumé : Ce mémoire explore la manière dont la Période de Préparation au Reclassement (PPR) peut devenir un levier stratégique pour une gestion plus humaine et inclusive des ressources humaines dans la fonction publique hospitalière. À partir d'une immersion au Centre Hospitalier de Montfavet et d'une enquête nationale, l'étude met en lumière les tensions entre cadre réglementaire et pratiques de terrain, les représentations sociales de l'inaptitude, et les freins institutionnels à une mise en œuvre qualitative de la PPR. L'analyse révèle que l'inaptitude est souvent perçue comme une rupture ou une stigmatisation, alors qu'elle pourrait être transformée en moment de reconstruction professionnelle. Le mémoire propose une approche fondée sur la co-construction des parcours, la reconnaissance des compétences transférables, et l'implication active des agents. Il souligne l'importance d'une gouvernance RH structurée, d'une coordination interservices, et de dispositifs innovants comme le coaching, la pair-aidance ou l'outplacement. Enfin, des recommandations concrètes sont formulées pour inscrire la PPR dans une politique RH durable, inclusive et préventive, en valorisant les parcours atypiques et en renforçant le pouvoir d'agir des professionnels hospitaliers.		
Mots clés : Période de Préparation au Reclassement (PPR), inaptitude, fonction publique hospitalière, reclassement, ressources humaines, inclusion, empowerment, coaching, pair-aidance, prévention, qualité de vie au travail		
<i>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.</i>		