



HAL
open science

Évaluation du dispositif de maintien en emploi des agents reconnus travailleurs handicapés de la métropole Nice Cote d'Azur et de la ville de Nice

Anne-Laure Reffay

► **To cite this version:**

Anne-Laure Reffay. Évaluation du dispositif de maintien en emploi des agents reconnus travailleurs handicapés de la métropole Nice Cote d'Azur et de la ville de Nice. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-01956391

HAL Id: dumas-01956391

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01956391>

Submitted on 15 Dec 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE DE NICE SOPHIA ANTIPOLIS
FACULTE DE MEDECINE

Thèse d'exercice de Médecine
Pour l'obtention du grade de Docteur en médecine
Spécialité médecine du travail (diplôme d'état)

**EVALUATION DU DISPOSITIF DE MAINTIEN EN EMPLOI DES
AGENTS RECONNUS TRAVAILLEURS HANDICAPES DE LA
METROPOLE NICE COTE D'AZUR ET DE LA VILLE DE NICE**

Présentée et soutenue publiquement par

Mme Anne-Laure REFFAY

Née le 23/06/1989 à Viriat

Le 5 octobre 2018

Jury de thèse

Monsieur le Professeur Patrick BAQUÉ
Monsieur le Professeur Michel BENOIT
Madame le Professeur Manuela FOURNIER-MEHOUAS
Monsieur le Docteur Pierre ATLAN
Monsieur le Docteur Thierry FOSSE
Madame le Docteur Carine REBOUILLAT-SAVY

Président du jury
Assesseur
Assesseur
Directeur de thèse
Assesseur
Assesseur

Liste des enseignants au 1er septembre 2018 à la Faculté de Médecine de Nice
Doyen**Pr. BAQUÉ Patrick****Vice-doyens****Pédagogie****Pr. ALUNNI Véronique****Recherche****Pr DELLAMONICA jean****Etudiants****M. JOUAN Robin****Chargé de mission projet Campus****Pr. PAQUIS Philippe**

Conservateur de la bibliothèque

Mme AMSELLE Danièle

Directrice administrative des services

Mme CALLEA Isabelle

Doyens Honoraires

M. AYRAUD Noël

M. RAMPAL Patrick

M. BENCHIMOL Daniel

Liste des enseignants au 1er septembre 2018 à la Faculté de Médecine de Nice
PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	AMIEL Jean	Urologie (52.04)
M.	BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
M.	BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
M.	FENICHEL Patrick	Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05)
M.	FUZIBET Jean-Gabriel	Médecine Interne (53.01)
M.	GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
Mme	ICHAÏ Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénérologie (50.03)
M.	LEFTHERIOTIS Geogres	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (51.04)
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M.	MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M.	MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
M.	QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	SANTINI Joseph	O.R.L. (55.01)
M.	THYSS Antoine	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	TRAN Albert	Hépatogastro-entérologie (52.01)

Liste des enseignants au 1er septembre 2018 à la Faculté de Médecine de Nice
PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M.	BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
Mme	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M.	CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	FONTAINE Denys	Neurochirurgie (49.02)
M.	GIBELIN Pierre	Cardiologie (51.02)
M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	LEVRAUT Jacques	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
M.	PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
Mme	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.	ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)
M.	TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)

Liste des enseignants au 1er septembre 2018 à la Faculté de Médecine de Nice
PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

Mme	ALUNNI Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	ANTY Rodolphe	Gastro-entérologie (52.01)
M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BAILLIF Stéphanie	Ophtalmologie (55.02)
Mme	BANNWARTH Sylvie	Génétique (47.04)
M.	BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BENOIT Michel	Psychiatrie (49.03)
M.	BOZEC Alexandre	ORL- Cancérologie (47.02)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54-02)
M.	CHEVALIER Nicolas	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
Mme	CHINETTI Giulia	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M.	CLUZEAU Thomas	Hématologie (47.01)
M.	DELLAMONICA Jean	réanimation médicale (48.02)
M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-obstétrique (54.03)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
Mlle	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
Mme	GIOVANNINI-CHAMI Lisa	Pédiatrie (54.01)
M.	GUÉRIN Olivier	Gériatrie (48.04)
M.	IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	ILIE Marius	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M	JEAN BAPTISTE Elixène	Chirurgie vasculaire (51.04)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénérologie (50-03)
M.	ROGER Pierre-Marie	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M.	ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.	ROUX Christian	rhumatologie (50.01)
M.	RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	SACCONI Sabrina	Neurologie (49.01)
M.	SADOUL Jean-Louis	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)

Liste des enseignants au 1er septembre 2018 à la Faculté de Médecine de Nice
MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	AMBROSETTI Damien	Cytologie et Histologie (42.02)
M.	BENOLIEL José	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
M.	BRONSARD Nicolas	Anatomie Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (42.01)
Mme	BUREL-VANDENBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)
M	DOYEN Jérôme	Radiothérapie (47.02)
M	FAVRE Guillaume	Néphrologie (52.03)
M.	FOSSE Thierry	Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M.	GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme	HINAULT Charlotte	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
M.	HUMBERT Olivier	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	LAMY Brigitte	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	LONG-MIRA Elodie	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	MAGNIÉ Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
Mme	MOCERI Pamela	Cardiologie (51.02)
M.	MONTAUDIE Henri	Dermatologie (50.03)
Mme	MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
Mme	POMARES Christelle	Parasitologie et mycologie (45.02)
M.	SAVOLDELLI Charles	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie (55.03)
Mme	SEITZ-POLSKI Barbara	Immunologie (47.03)
M.	TESTA Jean	Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)

Liste des enseignants au 1er septembre 2018 à la Faculté de Médecine de Nice
PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M. HOFLIGER Philippe Médecine Générale (53.03)

MAITRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS

M. DARMON David Médecine Générale (53.03)

PROFESSEURS AGRÉGÉS

Mme LANDI Rebecca Anglais

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

M. DURAND Matthieu Urologie (52.04)

PROFESSEURS ASSOCIÉS

M. GARDON Gilles Médecine Générale (53.03)

Mme MONNIER Brigitte Médecine Générale (53.03)

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Mme CASTA Céline Médecine Générale (53.03)

M. GASPERINI Fabrice Médecine Générale (53.03)

M. HOGU Nicolas Médecine Générale (53.03)

Liste des enseignants au 1er septembre 2018 à la Faculté de Médecine de Nice
Constitution du jury en qualité de 4ème membre
Professeurs Honoraires

M ALBERTINI Marc	M. GÉRARD Jean-Pierre
M. BALAS Daniel	M. GILLET Jean-Yves
M. BATT Michel	M. GRELLIER Patrick
M. BLAIVE Bruno	M. GRIMAUD Dominique
M. BOQUET Patrice	M. HARTER Michel
M. BOURGEON André	M. JOURDAN Jacques
M. BOUTTÉ Patrick	M. LAMBERT Jean-Claude
M. BRUNETON Jean-Noël	M. LAZDUNSKI Michel
Mme BUSSIERE Françoise	M. LEFEBVRE Jean-Claude
M. CAMOUS Jean-Pierre	M. LE FICHOUX Yves
M. CANIVET Bertrand	Mme LEBRETON Elisabeth
M. CASSUTO Jill-patrice	M. LOUBIERE Robert
M. CHATEL Marcel	M. MARIANI Roger
M. COUSSEMENT Alain	M. MASSEYEFF René
Mme CRENESSE Dominique	M. MATTEI Mathieu
M. DAR COURT Guy	M. MOUIEL Jean
M. DELLAMONICA Pierre	Mme MYQUEL Martine
M. DELMONT Jean	M. ORTONNE Jean-Paul
M. DEMARD François	M. PRINGUEY Dominique
M. DESNUELLE Claude	M. SAUTRON Jean Baptiste
M. DOLISI Claude	M. SCHNEIDER Maurice
Mme EULLER-ZIEGLER Liana	M. TOUBOL Jacques
M. FRANCO Alain	M. TRAN Dinh Khiem
M. FREYCHET Pierre	M VAN OBBERGHEN Emmanuel
M. GASTAUD Pierre	M. ZIEGLER Gérard

M.C.U. Honoraires

M. ARNOLD Jacques	M. GIUDICELLI Jean
M. BASTERIS Bernard	M. MAGNÉ Jacques
Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie	Mme MEMRAN Nadine
Mme DONZEAU Michèle	M. MENGUAL Raymond
M. EMILIOZZI Roméo	M. PHILIP Patrick
M. FRANKEN Philippe	M. POIRÉE Jean-Claude
M. GASTAUD Marcel	Mme ROURE Marie-Claire

REMERCIEMENTS

Monsieur le Professeur Patrick BAQUE, Doyen de la faculté de médecine,

Je vous remercie de me faire l'honneur de présider ce jury. Veuillez recevoir l'expression de ma sincère gratitude et de mon profond respect.

Monsieur le Professeur Michel BENOIT,

Je vous remercie de me faire l'honneur de juger ce travail. Veuillez recevoir l'expression de mes sincères et respectueuses salutations.

Madame le Professeur Manuela FOURNIER-MEHOUAS,

Je vous remercie de me faire l'honneur de juger ce travail. Je tiens particulièrement à vous dire combien je vous suis reconnaissante pour votre formation, vos conseils, votre écoute, votre disponibilité et votre bienveillance lors de mon semestre d'internat au sein de votre service.

Monsieur le docteur Thierry FOSSE,

Je vous remercie de me faire l'honneur de juger ce travail. Veuillez recevoir l'expression de ma sincère gratitude et de mes respectueuses salutations.

Madame le Docteur Carine REBOUILLAT-SAVY,

Je vous remercie de me faire l'honneur de faire partie de ce jury, et plus encore pour votre aide et votre accompagnement tout au long de ces quatre années d'internat.

Monsieur le Docteur Pierre ATLAN,

Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur d'encadrer ce travail et particulièrement pour votre soutien, votre disponibilité, votre écoute et votre aide dans cette thèse. Veuillez croire en l'assurance de mon profond respect et de toute ma gratitude.

Madame le Docteur Geneviève VIGNERON,

Je te remercie chaleureusement pour ton aide, ton temps et tes conseils pour ce travail de thèse, ainsi que ta gentillesse, ta bienveillance et ta formation lors de mon semestre au sein du service, et depuis.

Madame le Docteur Christine TIBI,

Je te remercie de m'avoir aidée à trouver ce sujet, de ton aide tout au long de mon semestre d'internat et pour ce travail de thèse. Ta disponibilité, ta gentillesse et ta bonne humeur m'ont été précieuses.

Madame le Docteur Pascale BAUMIER,

Je te remercie pour ton aide et tes précieux conseils, ta gentillesse et ta disponibilité lors de mon semestre d'internat, et pour ce travail de thèse.

Monsieur Christopher SAY,

Je vous remercie pour votre aide et pour toutes les informations si utiles que vous m'avez données, sans lesquelles ce travail n'aurait pas été possible.

A toute l'équipe de la mairie,

Merci pour votre extrême disponibilité, votre aide constante et pour le temps que vous avez consacré à m'aider dans ce travail, avec un sourire perpétuel qui m'a fait beaucoup de bien.

A mes Co-internes et surtout amis,

Merci d'avoir rendu mon internat aussi agréable. Je suis ravie et chanceuse de vous avoir rencontrés.

A Johanna, merci pour ton aide dans ce travail et dans la vie.

A Benjamin, parce qu'avoir un binôme de promo c'est utile.

A Zinka, merci de ton soutien sans faille, ta bonne humeur et d'être toujours là pour moi.

A Julie, merci pour ton aide et tout ce que tu m'as appris.

A ma famille, merci de m'avoir aidée, encouragée et rassurée au cours de ces longues études.

Merci pour votre amour sincère.

A ma mère,

Merci pour ton amour, ton soutien quotidien, la rigueur et l'ambition que tu nous as inculquées.

L'exemple que tu es pour Paul et moi.

Sans toi je n'y serais jamais arrivée.

Merci d'être là pour moi dans chaque étape de ma vie.

A mon père,

Merci de m'avoir appris le sens du travail et montré l'exemple de la réussite. Merci pour ton soutien, tes conseils et de m'avoir permis de réaliser ces études. Merci d'être présent pour moi.

A mes petits frères,

Paul, merci pour ton soutien, ton aide, ton écoute et ta présence à mes côtés.

Pierre, merci de ton soutien et de ta présence dans les étapes importantes de ma vie.

Romain, merci de ton soutien, de ta gentillesse et de cette joie de vivre qui nous fait tant de bien à tous.

A mon conjoint Kevin,

Merci pour ton amour, ton soutien, ton aide et tes encouragements quotidiens sans lesquels il m'aurait été difficile d'arriver au bout de ces études et de ce travail de thèse.

A Corinne et Edmond, merci pour votre aide et pour vos conseils. Merci à Corinne pour sa relecture.

A mes amis, merci pour votre soutien, votre bonne humeur et votre présence à mes côtés tout au long de ces années et en ce jour J.

A Mathilde, ma binôme d'externat, et à Nathalie merci pour votre soutien et pour tous ces fous rires et ces bons moments. Ce n'était pas gagné mais on a réussi.

A tous mes collègues,

Merci de m'avoir accueillie chaleureusement dans chacun de vos services au cours de ces quatre années d'internat.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	17
PREMIERE PARTIE : PRE-REQUIS	20
I. LA FONCTION PUBLIQUE TERRITORIALE.....	20
I.1 <i>Définition</i> :.....	20
I.2 <i>Conditions d'accès</i>	20
I.2.1 Nationalité.....	20
I.2.2 Droits civiques et absence de condamnation.....	21
I.2.3 Service National.....	21
I.2.4 Aptitude physique	21
I.2.5 Diplôme	21
I.2.6 Concours.....	21
I.3 <i>Statut des agents dans la fonction publique</i>	22
I.3.1 Titulaires.....	22
I.3.2 Contractuels	22
I.3.3 Stagiaires	23
I.4 <i>Présentation des collectivités étudiées</i>	23
I.4.1 La Métropole Nice Cote d'azur.....	23
I.4.2 La Ville de NICE.....	23
II. LES PARTICULARITES DU REGIME DE LA FONCTION PUBLIQUE : LE REGIME SPECIAL DE LA SECURITE SOCIALE...24	24
II.1 <i>Les différentes instances</i>	24
II.1.1 Le comité médical départemental (CMD)	24
II.1.2 Le comité médical supérieur (CMS).....	25
II.1.3 La commission départementale de réforme	25
II.2 <i>Les différents types de congés</i>	27
II.2.1 Le congé maladie ordinaire (CMO).....	27
II.2.2 Le congé de longue maladie (CLM).....	28
II.2.3 Le congé de longue durée (CLD).....	28
II.2.4 Le congé de grave maladie	29
II.2.5 La gestion des accidents de service et des maladies imputables	29
III. LA LOI DE 2005 ET LA MISE EN ŒUVRE DE CETTE POLITIQUE AU SEIN DE LA METROPOLE ET VILLE DE NICE	30
III.1 <i>Historique</i>	30
III.2 <i>La loi du 11 février 2005</i>	31
III.3 <i>Les bénéficiaires de l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés (BOETH)</i>	33
III.4 <i>Le Fond pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique : FIPHFP</i>	33
III.5 <i>La convention entre le FIPHFP, la ville de Nice et la métropole Nice Cote d'Azur</i>	34
III.6 <i>Les acteurs</i>	34
III.6.1 Le médecin de prévention	34
III.6.2 Le médecin agréé	35
III.6.3 Le pôle handicap et reconversion (PHARE)	35
III.6.4 Le pôle prévention santé travail (PPST).....	36
III.6.5 Les assistantes sociales.....	37
III.6.6 Les partenaires externes	38
III.7 <i>Les actions</i>	38
III.7.1 Actions de terrain	38
III.7.2 Accès à des formations.....	41
III.7.3 L'information et la sensibilisation des agents	41
SECONDE PARTIE : ETUDE.....	43
IV. MATERIEL ET METHODE	43
IV.1 <i>Outils de recherche bibliographique</i>	43
IV.2 <i>Type d'étude</i>	43
IV.3 <i>Population d'étude</i>	43
IV.4 <i>Méthode de recueil et outil d'évaluation</i>	44
IV.5 <i>Analyse statistique</i>	46

V.	RESULTATS	47
V.1	<i>Caractéristiques biographiques de la population (N=28)</i>	47
V.1.1	Age-Sexe :	47
V.1.2	Nombre d'enfants à charge :	48
V.1.3	Niveau d'étude :	48
V.1.4	Statut marital :	49
V.2	<i>Données professionnelles</i>	49
V.2.1	Statut dans la fonction publique et grade :	49
V.2.2	Ancienneté dans la fonction publique :	50
V.2.3	Poste de travail :	50
V.3	<i>Données médicales</i>	51
V.3.1	Reconnaissance travailleurs handicapés et date de première reconnaissance	51
V.3.2	Type d'aménagements :	52
V.3.3	Type de pathologie ayant nécessité la mise en place d'un aménagement du poste de travail :	53
V.3.4	Arrêts de travail	54
V.3.5	Le premier interlocuteur de l'agent :	55
V.4	<i>Retentissement de la mise en place de l'aménagement en 2016</i>	55
V.4.1	Aménagement toujours en place en 2018, à défaut un nouvel aménagement a t-il été mis en place	55
V.4.2	Satisfaction de l'agents vis-à-vis de l'aménagement	56
V.4.3	Effet sur les arrêts de travail :	57
V.4.4	Effet sur la consommation d'antalgiques :	58
V.4.5	Effet à long terme	58
V.4.6	Appréciation sur l'implication de l'employeur	59
VI.	DISCUSSION	60
VI.1	<i>Discussion des principaux résultats</i>	60
VI.1.1	Analyse socio démographiques	60
VI.1.2	Aménagements les plus fréquents	61
VI.1.3	Date de prise en compte du statut de travailleur handicapé	65
VI.1.4	Qui a été le premier interlocuteur ?	65
VI.1.5	Pérennité du système mis en place	66
VI.1.6	Qualité et effectivité de l'écoute	66
VI.1.7	Critiques émises	67
VI.2	<i>Critiques méthodologiques</i>	67
VI.3	<i>Limites de l'étude</i>	68
VI.4	<i>Comparaison avec les données de la littérature</i>	68
VI.5	<i>Points positifs mis en lumière par notre étude et pistes d'amélioration possibles</i>	71
VI.5.1	Les points positifs	71
VI.5.2	Les pistes d'amélioration	72
	CONCLUSION	73
	CAS CLINIQUES	74
	BIBLIOGRAPHIE	79
	ANNEXES	81
VI.6	<i>Annexe 1 : questionnaire de l'étude</i>	81
VI.7	<i>Annexe 2 : plaquette du FIPHFP</i>	85
VI.8	<i>Annexe 3 : tableau des maladies professionnelles N°57 du régime général :</i>	87
	RESUME	89

LISTE DES ABREVIATIONS

AGEFIPH : Association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées

ARS : Agence Régionale de Santé

ATI : Allocation temporaire d'invalidité

AVS : auxiliaire de vie scolaire

BAC : Baccalauréat

BEPC : brevet d'étude premier cycle

BOETH : Bénéficiaires de l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés

CAP : Certificat d'aptitude professionnelle

CDAPH : Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées

CDD : Contrat à Durée Déterminée

CLD : Congé de longue durée

CLM : Congé de Longue Maladie

CMD : Comité Médical départemental

CMO : Congé de Maladie Ordinaire

CMS : Comité médical Supérieur

COTOREP : Commission technique d'orientation et de reclassement professionnel.

DGA : Directeur Généraux Adjoint

FE : Fauteuil Ergonomique

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

FPE : Fonction Publique d'Etat

FPH : Fonction Publique Hospitalière

FPT : fonction publique territoriale

GRIMH : GRoupe d'Information de la Métropole sur le Handicap

HAS : Haute Autorité de Santé

HDM : Histoire De la Maladie

HORUS : Association qui œuvre pour favoriser l'insertion scolaire, universitaire, sociale et professionnelle des personnes en situation de handicap visuel.

INRS : Institut National de la Recherche Scientifique

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

IPP : Incapacité Professionnelle Partielle

ISATIS : Intégration, Soutien, Accompagnement au Travail, Insertion Sociale et professionnelle des personnes souffrant de troubles psychiques

MDPH : Maison départementale des personnes handicapées

NCA : Métropole Nice Côte d'Azur

PEP06 : Association départementale des Pupilles de l'Enseignement Public des Alpes-Maritimes

PHARE : Pôle Handicap et Reconversion

PPST : Pôle Prévention Santé Travail

RQTH : Reconnaissance de la Qualité de Travailleurs Handicapés

SAMETH : Services d'Appui au Maintien dans l'Emploi des Travailleurs Handicapés

SUMER : SURveillance Médicale des Expositions aux Risques Professionnels

URAPEDA : Union Régionale des Associations de Parents d'enfants déficients auditifs

TMS : Troubles Musculo-Squelettiques

VDN : Ville de Nice

INTRODUCTION

La qualité de vie au travail d'une personne est très étroitement liée à son état de santé. En effet, l'apparition ou l'aggravation d'une pathologie peut compromettre la capacité d'un salarié à se maintenir durablement dans son emploi. Dans la littérature actuelle, 85% des personnes handicapées ne naissent pas handicapées mais le deviennent¹. Ce chiffre nous conduit à devoir envisager différemment leur avenir professionnel.

Pour rappel la définition juridique du travailleur handicapé, définie par l'article L 5213-1 du code du travail est la suivante :

« Est considéré comme travailleur handicapé toute personne dont les possibilités d'obtenir ou de conserver son emploi sont effectivement réduites par la suite d'une altération d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales ou psychiques ».

Le législateur a, depuis de nombreuses années, la volonté de favoriser l'emploi des travailleurs handicapés.(1) En 1957, une loi impose la mise en place d'une priorité d'emploi pour ces salariés. Puis en 1975, la création des COTOREP (commission technique d'orientation et de reclassement professionnel) et la garantie de ressources à toute personne handicapée exerçant une activité. Cet élan initial est ensuite relayé par différentes lois, notamment la loi du 10 juillet 1987 dont l'objectif est de privilégier l'insertion en milieu ordinaire des travailleurs handicapés avec des sanctions en cas de non-respect.

La loi du 13 juillet 1991, quant à elle, impose un taux d'emploi légal fixé à 6% pour les entreprises de 20 salariés et plus. Puis la loi du 4 mars 2002 réaffirme que « toute personne handicapée a droit, quelle que soit la cause de sa déficience, à la solidarité de l'ensemble de la collectivité nationale ».

Enfin, la loi du 11 février 2005, « loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées » dont les principales avancées pour l'emploi sont l'égalité de traitement des salariés handicapés assurée par l'employeur en terme d'accès, de

¹ Selon les données de l'Agefiph. « 85% des handicaps sont acquis après l'âge de 16ans. On ne naît pas handicapés, on le devient »

maintien et d'évolution de carrière, sanctionné pénalement pour cause de discrimination (le handicap ne doit pas être une source de discrimination dans l'entreprise).

Malgré ces mesures, le taux de chômage des personnes reconnues handicapées est de 21% soit plus du double de l'ensemble de la population active (environ 10%) en 2016².

De plus, au cours de ces dernières années, l'augmentation de l'espérance de vie, l'allongement des carrières professionnelles et la pénibilité de certains postes, imposent de devoir adapter le poste de travail en fonction des accidents de la vie et/ou de l'apparition éventuelle d'un handicap au travail. C'est pourquoi il est indispensable de disposer de structures pouvant être sollicitées pour aménager le poste et ainsi favoriser le maintien en emploi du travailleur handicapé. (2)

Le médecin du travail, par sa connaissance des postes de travail et de l'état de santé, avec l'aide de l'équipe pluridisciplinaire, est un acteur pilier pour toute démarche de maintien en emploi, par ses possibilités d'aménagement du poste de travail ou de reclassement, et par sa connaissance des différents outils dédiés au maintien en emploi.

Aujourd'hui, des aménagements des postes de travail sont actuellement mis en place mais peu d'études concernent l'évaluation de ces actions de maintien dans l'emploi pour les personnes en situation de handicap.

Dans le cadre de notre travail de thèse, nous avons voulu savoir si les aménagements mis en place permettent le maintien au poste et sont considérés comme satisfaisants par ceux qui en bénéficient.

Pour répondre à cette problématique, nous avons mené une étude au sein de la métropole Nice Côte d'Azur et de la ville de Nice, dont l'objectif principal était d'évaluer le dispositif de maintien au poste des agents bénéficiaires de l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés au sein de cette collectivité.

Les objectifs secondaires de notre étude étaient de définir le profil de la population bénéficiant d'un aménagement, de rechercher les facteurs amenant à demander ces

² *Source ministère du travail*

aménagements, d'évaluer quels sont les intervenants majoritairement sollicités, et de faire un état des lieux du ressenti des bénéficiaires.

PREMIERE PARTIE : PRE-REQUIS

I. La fonction publique territoriale

I.1 Définition :

La fonction publique territoriale (FPT) comprend l'ensemble des agents qui travaillent dans les collectivités territoriales (personne morale de droit public qui exerce sur son territoire certaines compétences qui lui sont dévolues par l'Etat dans un processus de décentralisation). Ce sont les régions, les départements, les communes et les établissements publics de coopération intercommunale.

Avec la fonction publique d'Etat et la fonction publique hospitalière, elles constituent la fonction publique française.

I.2 Conditions d'accès³

Elles sont communes aux trois fonctions publiques.

I.2.1 Nationalité

Seuls peuvent être fonctionnaires les citoyens de l'Espace économique européen, à quelques exceptions près.

En effet sont ouverts aux seuls français, les emplois dit de souveraineté tels que la justice, le budget, l'intérieur, la défense, les affaires étrangères et autres.

Toutefois certains corps sont accessibles par concours aux étrangers de toutes nationalités tels que les emplois de professeur de l'enseignement supérieur ou les enseignants chercheurs.

³ Loi n°84-53 du 26 janvier 1984

1.2.2 Droits civiques et absence de condamnation

Il faut jouir de ses droits civiques et électoraux (droit de vote, d'élection et d'éligibilité) en France ou dans son pays d'origine et n'avoir fait l'objet d'aucune condamnation inscrite au bulletin n°2 du casier judiciaire qui soit incompatible avec les fonctions exercées.

1.2.3 Service National

Pour les français, il faut justifier de son recensement militaire et de sa participation à la journée défense et citoyenneté.

1.2.4 Aptitude physique

Il faut présenter un certificat médical constatant que l'intéressé n'est atteint d'aucune maladie ou infirmité. Ou bien que les maladies ou infirmités constatées qui doivent être énumérées, ne sont pas incompatibles avec l'exercice des fonctions postulées.
Cette aptitude est délivrée par un médecin agréé.

1.2.5 Diplôme

Les concours permettant l'accès au statut de fonctionnaire sont généralement soumis à un niveau de diplôme obligatoire et précisé dans le cadre de chaque emploi.

1.2.6 Concours

L'accès aux métiers de la fonction publique se fait le plus souvent par concours pour respecter l'égalité des chances. Il existe des concours pour tous les niveaux d'études qui donnent alors accès à l'une des trois catégories hiérarchiques A, B ou C.

Pour rappel, la catégorie A correspond à des fonctions de conception, de direction et d'encadrement, ainsi que les emplois de l'enseignement exigeant au minimum un niveau licence (Bac+3). La catégorie B concerne des postes d'encadrement intermédiaire et d'application, le niveau requis va du baccalauréat à un niveau bac + 2. La catégorie C regroupe principalement

des postes d'exécution, nécessitant des qualifications professionnelles spécialisées de type CAP ou BEP (électricien, cuisinier...), aucun niveau d'études particulier n'est requis.

1.3 Statut des agents dans la fonction publique⁴

Un salarié de la fonction publique est appelé « agent ».

1.3.1 Titulaires

Les titulaires sont fonctionnaires, ils ont bénéficié d'un plan de titularisation. Ils se définissent par la permanence de leur emploi. Ce sont des agents publics car régis par un statut de droit public qui définit sa carrière, sa rémunération, ses droits, ses obligations, son régime de protection sociale et de retraite.

Il est à noter que selon les données de l'INSEE, le régime des fonctionnaires concerne un actif sur cinq. (3)

1.3.2 Contractuels

Devenus catégorie à part entière, ce sont les agents recrutés en qualité de contractuels pour une période déterminée :

- Pour remplacer un agent titulaire momentanément absent (maladie, maternité, congé parental ou autorisé à exercer une activité à temps partiel).
- Pour faire face temporairement à la vacance d'un emploi qui ne peut être pourvu par un fonctionnaire.
- Afin de remplir des missions spécifiques exigeant des compétences particulières.
- Lorsqu'il n'existe pas de cadres d'emplois susceptibles de remplir ces missions.

Sur le contrat ou la fiche de paye, il est indiqué le grade de référence de l'agent, son indice de rémunération, ainsi que la durée de son engagement.

Le décret du 29 décembre 2015 a apporté quelques modifications, les agents contractuels peuvent désormais être recrutés sur un emploi permanent avec un CDD de plus d'un an.

⁴ Loi n°84-53 du 26 janvier 1984

1.3.3 Stagiaires

Après réussite d'un concours de la fonction publique territoriale, l'agent est nommé stagiaire. Le stage est une période probatoire d'une année pendant laquelle l'agent doit faire ses preuves sur son poste et doit suivre une formation d'intégration obligatoire de 5 à 10 jours. S'il donne satisfaction et s'il est apte médicalement, il est titularisé dans son grade et devient fonctionnaire territorial.

S'il ne donne pas satisfaction, son stage peut être prolongé pour une durée maximale d'un an ou son licenciement est prononcé pour insuffisance professionnelle.

Il est également possible d'être nommé stagiaire sans concours par voie directe sur les grades de catégorie C relevant de l'échelle de rémunération C1 (adjoint administratif, adjoint technique, adjoint du patrimoine, adjoint d'animation...)

1.4 Présentation des collectivités étudiées

1.4.1 La Métropole Nice Côte d'azur

La métropole Nice Côte d'Azur a été créée le 31 décembre 2011. C'est la première métropole de France. Elle compte 49 communes et regroupe 550 000 habitants.

Elle emploie 4040 agents dont 2692 hommes et 1348 femmes qui occupent majoritairement des postes techniques.

Elle emploie 6,26% d'agents reconnus travailleurs handicapés.

Une partie de ses agents est suivie par un centre de médecine du travail (ou médecine préventive) interne, l'autre partie est suivie en externe par le centre de gestion.

1.4.2 La Ville de NICE

Elle regroupe 342 522 habitants au dernier recensement en 2015.

Elle emploie 6322 agents dont 4371 femmes et 1951 hommes occupant majoritairement des postes administratifs ou dans le domaine médico-social.

Elle emploie 6,69% d'agents reconnus travailleurs handicapés.

II. Les particularités du régime de la fonction publique : Le régime spécial de la sécurité sociale

Les fonctionnaires bénéficient d'une **protection sociale dite "spéciale"** pour les risques encourus dans l'exercice de leurs fonctions (maladies, décès, accidents de service, maladies survenues dans l'exercice des fonctions...).

Ce régime est dit "spécial" car la couverture des risques sociaux des fonctionnaires est partagée entre le régime général de la sécurité sociale et l'employeur qui a une obligation d'assurer une protection statutaire particulière.

Les bénéficiaires du « régime spécial » sont les agents stagiaires et titulaires à temps complet, ainsi que les agents stagiaires et titulaires à temps non complet effectuant 28 h et plus par semaine.

II.1 Les différentes instances

II.1.1 Le comité médical départemental (CMD)

Il est composé de deux médecins généralistes agréés et d'un médecin spécialiste de l'affection pour laquelle l'avis du comité médical est demandé. Les membres sont désignés pour une durée de trois ans.

Son avis est requis de manière obligatoire pour les cas suivants :

- La prolongation d'un congé de maladie ordinaire au-delà de six mois consécutif.
- L'attribution et le renouvellement des congés de longue maladie, de grave maladie et de longue durée.
- La réintégration après douze mois consécutifs de congé de maladie ordinaire ou à l'issue d'un congé de longue maladie, de grave maladie ou de longue durée.
- L'aménagement des conditions de travail après un congé maladie ou une disponibilité d'office.
- La mise en disponibilité d'office pour raison de santé et son renouvellement.
- Le reclassement d'un fonctionnaire dans un autre emploi à la suite d'une modification de son état physique.

- L'inaptitude absolue et définitive à l'exercice de ses fonctions.
- L'accès aux emplois publics en cas de contestation d'ordre médical.

L'avis rendu doit être motivé.

L'agent est informé du passage de son dossier devant le CMD par le secrétaire du CMD, du jour et de l'heure. Il n'est pas reçu par le CMD mais peut se faire représenter par le médecin de son choix.

II.1.2 Le comité médical supérieur (CMS)

Il siège au ministère de la santé et est unique pour toute la France. Il est composé d'une section de cinq membres compétents pour la maladie mentale et d'une section de huit membres compétents pour les autres maladies. Ses membres sont nommés pour trois ans par le ministre de la santé. Il est saisi par l'administration à sa demande ou à la demande du fonctionnaire. Il ne statue que sur les pièces qui lui sont fournies, c'est une procédure uniquement écrite, personne n'est entendu.

Il est saisi en cas de contestation des avis rendus par le CMD. Il a aussi pour mission, la mise à jour de la liste des maladies ouvrant droit au congé de longue maladie, la coordination au plan national des avis des CMD et la formulation des recommandations à caractère médical relatives à l'application du statut général.

II.1.3 La commission départementale de réforme

Elle est constituée de deux praticiens de médecine générale et, si besoin, d'un médecin spécialiste pour la pathologie concernée, qui participe au débat mais ne prend pas part au vote. Deux représentants de l'administration, deux représentants du personnel et un Président représentant le préfet sont aussi membres. Ils sont soumis aux obligations de secret et de discrétion professionnels. Son avis est sollicité par la collectivité de l'agent ou par l'agent concerné. La commission doit examiner le dossier dans un délai d'un mois à compter de la date de réception de la demande d'inscription à l'ordre du jour.

Le secrétariat de la commission convoque les membres titulaires et l'agent au minimum quinze jours avant la date de réunion. Cette commission doit avoir en sa possession tous les

témoignages, rapports, et constatations de nature à éclairer son avis. Elle peut aussi procéder à toute mesure d'instruction, enquête et expertise qu'elle estime nécessaires. Dix jours avant la réunion de la commission, le fonctionnaire est invité à prendre connaissance de son dossier dont la partie médicale peut lui être communiquée à sa demande ou par l'intermédiaire d'un médecin. Il peut présenter des observations écrites et fournir des certificats médicaux. Quinze jours avant la réunion, le secrétariat informe le médecin du travail qui peut obtenir communication du dossier et présenter des observations écrites ou assister à titre consultatif à la commission. La commission entend le fonctionnaire, qui peut se faire assister du médecin de son choix. Pour pouvoir siéger avec voix délibérative, les médecins ne doivent pas avoir examiné l'agent, à titre d'expert ou en tant que médecin traitant.

Son avis est demandé pour :

- L'imputabilité au service d'un accident de service, accident de trajet, maladie survenue dans l'exercice de ses fonctions, d'un congé de longue durée pour affection contractée en service en cas de non reconnaissance de l'imputabilité par la collectivité.
- L'imputabilité des rechutes d'accident ou de maladie survenues dans l'exercice des fonctions en cas de non reconnaissance de l'imputabilité par la collectivité.
- L'imputabilité au service d'un acte de dévouement dans un intérêt public.
- La situation du fonctionnaire à la fin de la période d'un CLM ou d'un CLD lorsque le comité médical a présumé le fonctionnaire définitivement inapte à toutes fonctions lors du dernier renouvellement de son congé.
- La reconnaissance et la détermination du taux de l'invalidité temporaire ouvrant droit au bénéfice de l'allocation d'invalidité temporaire.
- Le dernier renouvellement (3^{ème}) d'une disponibilité pour raison de santé.

L'avis de la commission départementale de réforme est obligatoire. Toutefois elle n'émet que des avis simples qui doivent être motivés dans le respect du secret médical. Ses avis ne lient pas la collectivité sauf pour l'octroi du temps partiel thérapeutique et dans le cadre d'une pathologie imputable au service. Dans ces cas, elle doit rendre un avis, s'il y a désaccord entre le médecin traitant et le médecin agréé. Son avis est consultatif, toutefois si la collectivité ne suit pas son avis, elle doit en informer le secrétariat de la commission. Son avis est transmis à l'agent par la collectivité. Aucune disposition statutaire ne prévoit la possibilité de contester les avis de la commission de réforme.

II.2 Les différents types de congés

II.2.1 Le congé maladie ordinaire (CMO)

Si la maladie met l'agent dans l'impossibilité d'exercer ses fonctions, il doit fournir un arrêt de travail sous 48 heures à son administration pour justifier son arrêt de travail.

Celui-ci peut durer au maximum un an et est garanti trois mois à plein traitement et neuf mois à demi-traitement (demi-salaire).

L'avis du comité Médical est obligatoire pour la prolongation du congé de maladie ordinaire de plus de six mois consécutifs. A la fin du congé, quatre situations peuvent se présenter :

- Soit l'agent est apte et il est réadmis dans son précédent emploi (si le congé est inférieur à 6 mois, l'avis du comité médical n'est pas nécessaire).
- Soit l'agent est apte mais sous certaines conditions pouvant nécessiter :
 - Un aménagement des conditions de travail, une affectation ou un reclassement dans un autre emploi.
 - Une reprise à temps partiel thérapeutique (qui ne peut être inférieur à un mi-temps) accordé pour une période de 3 mois renouvelable dans la limite d'une année pour une même affection.
- Soit l'agent est inapte temporairement, et peut bénéficier au bout de six mois d'arrêt maladie consécutif d'un congé de longue maladie ou congé de longue durée qui seront détaillés dans un prochain paragraphe. S'il a épuisé ses droits à maladie ordinaire et n'a pas le droit à un autre congé, il est placé en disponibilité d'office pour un an maximum, renouvelable deux fois (renouvelable une troisième fois si la reprise est possible).

A noter, le cas particulier des stagiaires qui ne peuvent pas bénéficier d'une disponibilité d'office mais d'un congé sans traitement pour un an maximum renouvelable une fois (une deuxième fois si la reprise est possible).

- Soit l'agent est inapte définitivement et totalement, il est mis à la retraite pour invalidité après avis de la commission de Réforme ou du comité médical.

II.2.2 Le congé de longue maladie (CLM)

Pour son attribution, la consultation du comité médical est obligatoire. Il est saisi par l'autorité territoriale sur demande du fonctionnaire qui fournit une demande écrite appuyée d'un certificat médical de son médecin traitant spécifiant qu'il est susceptible de bénéficier d'un CLM. A ceci doit être joint un certificat médical circonstancié, sous pli confidentiel adressé au médecin expert agréé. L'agent fournira à l'expert tous les documents médicaux lui permettant d'étayer son avis.

Il peut aussi être attribué d'office, lorsque l'administration estime, au vu d'une attestation médicale ou sur le rapport des supérieurs hiérarchiques, que l'état de santé d'un fonctionnaire pourrait justifier qu'il soit placé en CLM. Dans ce cas, elle peut provoquer l'examen médical de l'agent, et saisir le comité médical. Un rapport écrit du médecin de prévention de l'administration doit figurer au dossier soumis au comité médical. Il s'agit d'une mesure visant à protéger la santé du fonctionnaire concerné et le bon fonctionnement du service.

Le CLM est accordé pour une durée maximale de trois ans, par période de trois à six mois et garantit un an à plein traitement, deux ans à demi-traitement⁵.

A la fin du CLM, les modalités de reprises sont identiques à celle du CMO.

II.2.3 Le congé de longue durée (CLD)

De nouveau, il faut consulter le comité médical saisi par l'autorité territoriale sur demande du fonctionnaire ou d'office. Seules cinq pathologies ouvrent droit à un Congé de longue durée : il s'agit de la tuberculose, des maladies mentales, des affections cancéreuses, de la poliomyélite antérieure aiguë et du déficit immunitaire grave ou acquis.

Le CLD ne peut être attribué qu'à l'issue d'une période d'un an de CLM rémunérée à plein traitement, cette période étant alors considérée comme du CLD et s'impute à la durée de celui-ci. Il peut être utilisé de manière continue ou fractionnée. Le fonctionnaire ne peut bénéficier que d'un seul CLD au cours de sa carrière pour une même affection. Lorsqu'il a bénéficié d'un CLD, tout congé attribué par la suite pour la même affection est

⁵ Art 57-3° de la Loi 84-53 du 26/01/1984 et décret 87-602 du 30/07/1987 – art 18

obligatoirement un CLD dont la durée s'ajoute à celle du congé attribué. La durée maximale est de cinq ans dont trois ans à plein traitement et deux ans à demi-traitement.

Il est à noter que le CLD peut être porté à huit ans (cinq ans à plein traitement et trois ans à demi-traitement) en cas de maladie contractée dans l'exercice des fonctions.

Les modalités d'intervention du Comité médical et de reprise après le congé sont les mêmes que celles du CMO et du CLM⁶.

II.2.4 Le congé de grave maladie

Il concerne les fonctionnaires à temps incomplet (moins de 28 heures par semaine) et les contractuels ayant une ancienneté de plus de trois ans.

Les modalités administratives sont exactement les mêmes que le CLM. Il est mis en place lorsque la maladie met l'agent dans l'impossibilité d'exercer son activité et nécessite un traitement et des soins prolongés, avec un caractère invalidant et de gravité confirmés.

Il est aussi accordé pour une durée de trois ans (un an à plein traitement et deux ans à demi-traitement).

A la fin des trois ans, si l'agent ne peut pas reprendre son poste malgré des aménagements ou un reclassement, c'est-à-dire si l'agent est inapte définitivement, il est licencié.⁷

II.2.5 La gestion des accidents de service et des maladies imputables

L'ordonnance n°2017-53 du 19 janvier 2017, depuis laquelle on peut considérer qu'il existe une définition de l'accident de service. En effet, un article 21 bis a été inséré après l'article 21 de la loi du 13 juillet 1983 dont les alinéas II et III précisent :

« II.- Est présumé imputable au service tout accident survenu à un fonctionnaire quelle qu'en soit la cause, dans le temps et le lieu du service, dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice

⁶ Loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 (art 57-4)- - Décret n° 87-602 du 30 décembre 1987 (art 20 à 37) modifié)

⁷ Article 8 du décret 88-145 du 15 février 1988 modifié pris pour l'application de l'article 136 de la loi du 26 janvier 1984

par le fonctionnaire de ses fonctions ou d'une activité qui en constitue le prolongement normal, en l'absence de faute personnelle ou de toute autre circonstance particulière détachant l'accident du service »

« III.- Est reconnu imputable au service, lorsque le fonctionnaire ou ses ayants droit en apportent la preuve ou lorsque l'enquête permet à l'autorité administrative de disposer des éléments suffisants, l'accident de trajet dont est victime le fonctionnaire qui se produit sur le parcours habituel entre le lieu où s'accomplit son service et sa résidence ou son lieu de restauration et pendant la durée normale pour l'effectuer, sauf si un fait personnel du fonctionnaire ou toute autre circonstance particulière étrangère notamment aux nécessités de la vie courante est de nature à détacher l'accident du service. »

La déclaration d'un accident de service ou de trajet, d'une maladie professionnelle ou d'une maladie contractée en service se fait par l'agent dans les meilleurs délais avec remise du certificat médical initial. S'en suit une enquête administrative. L'imputabilité au service se fait par décision de la collectivité directement ou en cas de doute après avis de la commission de réforme.

Pour les maladies professionnelles et les maladies contractées en service, il est nécessaire de disposer de l'avis du médecin de prévention et du médecin agréé avant la saisine de la commission de réforme pour imputabilité.

III. La loi de 2005 et la mise en œuvre de cette politique au sein de la métropole et ville de Nice

III.1 Historique

Comme énoncée dans l'introduction, la prise en charge du handicap en France a été règlementée. Les principales étapes de cette réglementation ont été rythmées par les événements historiques de notre pays. Après la première guerre mondiale, en 1924, une loi a été érigée, portant sur l'emploi obligatoire des mutilés de guerre, imposant un pourcentage d'emplois réservés de 10%. Puis, après la seconde guerre mondiale, en 1945, des ordonnances

ont créé un organisme, la sécurité sociale, chargée d'assurer la protection des travailleurs. Elles seront suivies en 1946, par la création des services médicaux du travail.

D'autres étapes importantes vont suivre :

- La carte d'invalidité est créée en 1949.
- En 1957 une loi sur le reclassement des travailleurs handicapés avec une priorité d'emploi. La première définition du travailleur handicapé est alors donnée : « *est considéré comme travailleur handicapé toute personne dont les possibilités d'obtenir ou de conserver un emploi sont effectivement réduites par suites d'une insuffisance ou d'une diminution de ses capacités physiques ou mentales* »
- En 1971 création de l'allocation adulte handicapé.
- La loi du 30 juin 1975 crée les COTOREP (commission technique d'orientation et de reclassement professionnel). Mais aussi une garantie de ressources pour toute personne présentant un handicap exerçant une activité professionnelle.
- La loi du 10 juillet 1987, en faveur de l'emploi des travailleurs handicapés, a pour objectif de privilégier l'insertion en milieu ordinaire avec des sanctions en cas de non-respect de l'obligation d'emploi dans le secteur privé.
- La loi du 13 juillet 1991 crée un taux d'obligation d'emploi de 6% pour les entreprises de vingt salariés et plus.

Toutes ces impulsions ont abouti à la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes en situation de handicap.

III.2 La loi du 11 février 2005

Elle se compose de 101 articles et donne lieu à plus de 80 textes d'application, elle apporte de nombreux changements et de nombreuses précisions que l'on peut résumer comme suit :

Tout d'abord, elle apporte une nouvelle définition de la notion de handicap: « *constitue un handicap toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive, d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un handicap ou d'un trouble de santé invalidant.* »

La notion est donc modifiée et bien que comprenant toujours une altération anatomique ou fonctionnelle, le regard se déplace vers les difficultés en résultant pour les personnes handicapées. Quant à leur participation à la vie sociale et le rôle que l'environnement peut jouer dans l'aggravation ou l'atténuation de ces difficultés.

Ensuite, elle apporte cinq avancées principales pour notre sujet :

- Le droit à la compensation, c'est-à-dire que la personne handicapée a le droit à la compensation des conséquences de son handicap. Ce qui peut se traduire par la prestation de compensation, aide financière pour permettre de couvrir des besoins en aide humaine ou technique, l'aménagement du logement ou du véhicule, ou encore des aides spécifiques, exceptionnelles ou animalières.
- La scolarité est précisée en affirmant que tout enfant, tout adolescent présentant un handicap ou un trouble invalidant de la santé, est inscrit dans l'école de son quartier. Il pourra ensuite être accueilli dans un autre établissement en fonction du projet personnalisé de scolarisation. La loi réaffirme aussi la possibilité de prévoir des aménagements pour les étudiants pour qu'ils puissent poursuivre leurs études et passer des concours.
- Concernant l'emploi, l'obligation d'emploi de 6% est maintenue, et élargie à de nouveaux bénéficiaires du statut de travailleur handicapé. Pour les entreprises ne respectant pas cette obligation, la sanction est plus sévère. Elle renforce aussi la non-discrimination et une égalité de traitement en termes d'accès, de maintien et d'évolution de carrière. Elle inscrit une sanction pénale pour cause de discrimination. Dans la fonction publique, est créé le fond pour l'insertion des personnes handicapées (FIPHFP) qui a une mission similaire à celle de L'AGEFIPH qui existe déjà dans le secteur privé.
- L'accessibilité : la loi réaffirme le principe d'accessibilité pour tous et indique que les établissements recevant du public ont dix ans pour se mettre en conformité avec cette loi.
- L'accueil des personnes handicapées : la loi crée une maison départementale des personnes handicapées (MDPH) dans chaque département sous la direction du conseil général dont la mission est d'informer, d'accompagner et de conseiller les personnes handicapées ainsi que leur famille.

Grâce à l'intervention d'une équipe pluridisciplinaire, chaque MDPH évalue les besoins et une commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) prend les décisions relatives à l'ensemble des droits de la personne.

III.3 Les bénéficiaires de l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés (BOETH)

Comme énoncé précédemment, depuis la loi du 11 février 2005 font partie des bénéficiaires de l'OETH :

- Les travailleurs handicapés reconnus par la MDPH, c'est-à-dire bénéficiant de la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH).
- Les bénéficiaires de l'allocation adulte handicapé.
- Les titulaires d'une carte d'invalidité.
- Les victimes d'accident de travail ou de maladie professionnelle bénéficiaires d'une rente d'invalidité du régime spécial avec une incapacité professionnelle partielle (IPP) supérieure ou égale à 10%.
- Les bénéficiaires d'une pension d'invalidité du régime général de la sécurité sociale ou autres régimes s'il existe une réduction au moins des deux tiers de la capacité de travail.
- Les fonctionnaires bénéficiant d'une allocation temporaire d'invalidité (ATI).
- Les fonctionnaires reclassés ou titulaire d'un emploi réservé.
- Les anciens militaires titulaires d'une pension militaire d'invalidité.
- Les veuves de guerre non remariées titulaires d'une pension.

III.4 Le Fond pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique : FIPHFP

Créé à compter du 1^{er} janvier 2006, par l'article 36 de la loi du 11 février 2005. Ses recettes sont constituées d'une contribution annuelle des employeurs publics ne respectant pas l'obligation d'emploi de 6% selon la déclaration de chacun.

En contrepartie, les contributions ainsi collectées sont mises à disposition des employeurs publics souhaitant obtenir un soutien financier ou même un financement total d'une action relative à l'insertion professionnelle d'un ou plusieurs travailleurs BOETH qu'il emploie.

III.5 La convention entre le FIPHFP, la ville de Nice et la métropole Nice Cote d'Azur

Il existe au sein de la métropole Nice Cote d'Azur et de la ville de Nice une vraie volonté dans le domaine de l'égalité des droits et des chances des travailleurs en situation de handicap, comme l'a rappelé Mr Christian ESTROSI, Maire de Nice, Président de la Métropole NCA en introduction de la dernière convention.

La toute première convention avec le FIPHFP a eu lieu en juin 2009, ce qui fait de la ville de Nice, et de la métropole Nice Cote d'Azur, une des toutes premières collectivités à être conventionnée. Elle est depuis renouvelée tous les 3 ans et demi. Nous en sommes donc aujourd'hui à la troisième convention renouvelée en 2017. Cette dernière fait le bilan des politiques menées et de celles à venir, et met en évidence un pourcentage d'emploi respectivement de 6,26% pour la métropole, et de 6,69% pour la ville de Nice.

Autrement dit l'obligation légale est atteinte, même dépassée.

Les objectifs de la dernière convention sont de renforcer la coordination des différents intervenants pour le maintien en emploi des travailleurs porteurs d'un handicap en favorisant l'intervention des ergonomes. Elle rappelle aussi que la première étape pour le maintien en emploi est le maintien au poste par l'aménagement du poste. C'est pourquoi les collectivités s'attachent à mettre en place des aides matérielles, organisationnelles, horaires et humaines comme solution de compensation. C'est cet axe qui sera développé et évalué dans notre étude.

III.6 Les acteurs

III.6.1 Le médecin de prévention

Le médecin du travail (appelé médecin de prévention dans la fonction publique) doit vérifier la compatibilité entre les risques liés aux conditions de travail, au poste de travail occupé par l'agent et l'état de santé de celui-ci. Le tout afin d'éviter l'altération de l'état de santé de l'agent du fait de son travail.

Pour cela, il effectue des actions en milieu de travail avec les autres préventeurs (Cf infra) pour connaître, étudier les contraintes au poste de travail et contribuer à leur prévention.

En parallèle, il reçoit l'agent en consultation:

- Pour une visite périodique,

- pour des visites médicales particulières (risques professionnels particuliers, travailleurs handicapés, femmes enceintes ou agents souffrants de pathologies particulières...)
- A sa demande ou à la demande d'un tiers (médecin traitant, médecin contrôleur, ou employeur).
- En visites médicales de pré-reprise,
- en visites médicales de reprise (après CLM, CLD et certains CMO, accidents de travail et maladies professionnelles).

III.6.2 Le médecin agréé

Son rôle est d'évaluer les capacités médicales au travail. Il vérifie l'aptitude à l'exercice d'un emploi public. Son avis est requis à l'embauche. Le médecin agréé, spécialement formé (titulaire du Diplôme universitaire de médecine agréée), juge la compatibilité entre la santé de l'agent et l'emploi postulé. Le candidat à un emploi public doit avoir les compétences professionnelles requises et satisfaire aux conditions générales d'accès à la fonction publique. En cours de carrière, il contrôle la validité des arrêts de travail. Il évalue les incapacités professionnelles. Il contribue à la formulation des avis du comité médical et de la commission de réforme au titre des soins et du travail, il se prononce sur la nécessité éventuelle d'un reclassement.

Pour la métropole et la ville de Nice, il y a trois médecins agréés qui exercent en interne des missions de contrôle médical. D'autres médecins figurant sur la liste établie par l'ARS peuvent être sollicités pour des missions ponctuelles.

III.6.3 Le pôle handicap et reconversion (PHARE)

Il s'agit d'une particularité des collectivités étudiées.

Il est composé de :

- Un chef de service,
- une secrétaire administrative,
- une cellule mobilité pour raisons de santé composée d'une psychologue clinicienne, d'un agent administratif et d'une assistante sociale,

- une infirmière,
- un agent en charge des marchés publics.

Son rôle est d'impulser et de coordonner la politique de maintien en emploi des agents handicapés et des agents inaptes à leurs postes de travail. Au-delà de cette politique de maintien dans l'emploi mise en œuvre avec le soutien financier du Fonds pour l'Insertion des Personnes handicapés de la Fonction Publique (FIPHFP), le pôle handicap et reconversion intervient notamment dans les domaines suivants :

- Insertion des travailleurs handicapés : étude préalable au recrutement, aménagement des postes de travail, formations spécifiques, sensibilisation.
- Maintien dans l'emploi des agents handicapés : aménagement des postes de travail en fonction d'une situation de handicap soudaine ou aggravée, qu'elle résulte de la maladie, de l'accident ou de l'usure.
- Aide à la mise en accessibilité des locaux et des interfaces informatiques utilisées par les agents.
- Soutien financier lors de l'achat de prothèses auditives, d'un fauteuil roulant ou d'un aménagement du véhicule personnel en complément du régime de prise en charge de droit commun.
- Facilitation de la montée en compétence des agents handicapés et promotion d'une logique de parcours professionnel : organisation de formations individuelles ou individualisées destinées à compenser le handicap, de bilans professionnels spécifiques, assistance à l'accès au lieu de formation ainsi qu'au contenu des formations (interprète en langue des Signes Française...)
- Accompagnement des agents devant bénéficier d'un changement de poste ou de service pour des raisons médicales : formation, accompagnement psycho-médicosocial, bilans...

III.6.4 Le pôle prévention santé travail (PPST)

Il est composé de 2 ingénieurs et 4 techniciens en prévention. Il est le conseiller technique de l'Autorité Territoriale sur le développement de sa politique générale de prévention des risques professionnels. Cela se traduit par des interventions de terrain très concrètes visant à

améliorer les conditions de travail, pour préserver la santé des agents et garantir une qualité du service public rendu.

Ses missions sont :

- Développer une culture de prévention au sein de la métropole, de la ville de Nice :
 - Création et animation d'un site intranet entièrement dédié aux questions de qualité de vie au travail et à la valorisation des actions des directions.
 - Animation de formations (assistants de prévention, divers sujets de sécurité)
 - Veille juridico-technique permettant de repérer les actions à entreprendre en fonction de l'actualité.
- Assurer une expertise technique dans le domaine des risques professionnels (document unique, évaluation des risques psychosociaux, ...)
- Réaliser les diagnostics ergonomiques de situation de travail pour la mise en œuvre d'action de prévention des TMS.
- Accompagner les projets d'aménagements des espaces de travail.
- Développer des études spécifiques visant au maintien dans l'emploi d'agents reconnus travailleurs handicapés ou en situation d'aménagement.
- Analyser les bilans statistiques des accidents de service et des maladies professionnelles, afin de proposer des axes d'amélioration des conditions de travail.
- Coordonner le réseau des conseillers de prévention, relais opérationnels des directions générales adjointes, dans le cadre de la mise en œuvre de la politique de santé et sécurité au travail.

III.6.5 Les assistantes sociales

Elles sont au nombre de cinq.

Le pôle action sociale du personnel est défini comme un service social spécialisé du travail. Il contribue à la résolution des difficultés rencontrées par l'agent, en participant à la recherche d'un équilibre entre les exigences personnelles et familiales de l'agent et les contraintes liées au bon fonctionnement de l'administration. Il vise à améliorer les conditions de vie personnelle des agents et leurs répercussions dans la sphère professionnelle. Par exemple, les assistantes sociales peuvent aider les agents dans les démarches de dossier RQTH ou même les inciter à faire cette demande.

III.6.6 Les partenaires externes

Afin d'aménager au mieux les postes de travail, le médecin de prévention ou le PHARE font régulièrement appel à des intervenants spécialisés dans une thématique.

Par exemples :

- URAPEDA, association régionale spécialisée qui œuvre pour l'autonomie et la citoyenneté des personnes sourdes ou malentendantes, ainsi que pour leur insertion en milieu scolaire ou professionnel, en évaluant et en proposant des mesures de compensation adaptées à la surdité.
- ISATIS, association qui participe à l'intégration sociale et professionnelle en milieu ordinaire ou spécialisé des personnes souffrant d'un handicap psychique.
- HORUS, association qui œuvre pour l'insertion scolaire et professionnelle des mal et non-voyants.
- Des ergothérapeutes de l'association départementale des Pupilles de l'Enseignement Public des Alpes-Maritimes (PEP06).
- Des ergonomes,
- des formateurs,
- des auxiliaires de vie scolaire (AVS),
- la MDPH (Maison départementale des personnes handicapées),
- HANDIJOB06, CAP EMPLOI, le SAMETH, dont le rôle est de contribuer à l'emploi des personnes handicapées en soutenant les entreprises dans leur recrutement, leur politique de gestion des ressources humaines et de maintien dans l'emploi.

III.7 Les actions

III.7.1 Actions de terrain

La priorité pour les acteurs du maintien en emploi des collectivités de Nice et métropole est de favoriser le maintien au poste. Sont donc mises en place :

- Des aides matérielles :

⇒ Pour les aménagements du poste de travail tels que : fauteuils ergonomiques, poste assis-debout, bureaux modulables électriques, souris verticale, un véhicule adapté pour se déplacer pendant le travail, des outils de jardinage automatisés...



photo 1 : fauteuil ergonomique



photo 2 : poste assis-debout, ici le bureau est manuel mais peut être électrique.



photo 3 : souris verticale



Photo 4 : débroussailleuse et souffleuse combinées pour un agent ayant un handicap d'un membre supérieur



photo 5 : véhicule adapté avec commande manuelle au volant (en cas de paraplégie)

⇒ Pour la compensation du handicap de l'agent : prothèses auditives, amplificateur de sons, alarme visuelle, lampe lumière du jour, téléphone à grosses touches, machine à écrire ou étiqueteuse en braille, télécommande bluetooth, boîtier à la ceinture qui vibre quand le téléphone sonne, amplificateur de son...



Photo 6 : prothèses auditives



Photo 7 : lampe lumière du jour

(équipée d'ampoules large spectre qui vont diffuser une lumière blanche permettant de bien faire ressortir les contrastes)



Photo 8 : machine à écrire en braille

⇒ Pour l'accessibilité : ascenseur, portes automatiques, transport domicile travail avec mobil azur, bandes de guidage braille, rampe d'accès ...

- Des aides organisationnelles : adaptation des tâches confiées à l'agent.
- Des aménagements horaires : temps partiel thérapeutique, CLM fractionné, télétravail.
- Des aides humaines : auxiliaires de vie, tuteur.

Les aménagements matériels et humains sont financés par le FIPHFP.

III.7.2 Accès à des formations.

Quand le maintien au poste est impossible malgré les aménagements possibles, une mobilité médicale peut être demandée pour placer l'agent sur un autre poste mieux adapté à sa pathologie. Toutefois le nouveau poste peut nécessiter des compétences différentes ou approfondies, c'est pourquoi il est alors possible d'accéder à des formations.

III.7.3 L'information et la sensibilisation des agents

La collectivité sensibilise l'ensemble de son personnel sur la thématique du handicap. Pour cela elle a instauré diverses actions de communication, telles que :

- L'élaboration d'un triptyque sur la RQTH qui en présente les intérêts, le mode d'emploi et des témoignages (présenté en annexe 2).
- La publication régulière d'articles par les outils de communication internes comme l'intranet ou le journal trimestriel.
- Des plaquettes mensuelles distribuées avec le bulletin de paie.

Des évènements sur le handicap au travail sont aussi organisés par et pour les agents, tels que :

- Les journées du GRIMH (Groupe d'Information de la Métropole sur le Handicap) avec différents ateliers comme des scénettes de théâtre jouées par les agents ou l'intervention des structures citées précédemment (URAPEDA et ISATIS),
- Des évènements sportifs nationaux. On peut citer le Free handi'se Trophy qui est le raid Handi'Valid destiné aux entreprises. Chaque équipe est composée de quatre collaborateurs, deux valides et deux en situation de handicap. Tout au long du challenge, le binôme handi-valide se relaie tous les 25kms, sur un parcours de 700kms, réparti sur huit jours de courses.

La volonté est de sensibiliser les agents pouvant nécessiter un accompagnement mais aussi leurs collègues.

On peut noter que chaque nouvel agent bénéficiera d'une formation au cours de laquelle il sera sensibilisé à la politique de handicap au travail mise en place par les collectivités de Nice

et métropole. Celles-ci souhaitent mettre en œuvre une série d'actions et d'informations envers des publics clés, encadrement supérieur et intermédiaires. Tout ceci pour essayer, petit à petit, de modifier les idées reçues négatives sur le handicap au travail qui sont encore trop souvent véhiculées.

SECONDE PARTIE : ETUDE

IV. MATERIEL ET METHODE

IV.1 Outils de recherche bibliographique

Avant le début de cette étude, la consultation des bases de données bibliographiques de l'interface pubmed et du moteur de recherche google scholar ont été consultées. Les mots clés utilisés pour l'interface pubmed ont été : « handicap », « disability », « disabled employee », « workplace accomodation » .

Pour le moteur de recherche google scholar, les termes utilisés ont été : « handicap », « maintien en emploi », « aménagement de poste », « retour à l'emploi » , « france » , « fonction publique française », « travailleurs handicapés » ,

Des données de la littérature « grise » ont aussi été exploitées : livres, thèses de médecine, de droit, ainsi que différents documents réalisés par les différents services de santé au travail proposant des pistes en terme de maintien en emploi.

IV.2 Type d'étude

Il s'agit d'une étude épidémiologique observationnelle descriptive transversale uni-centrique.

IV.3 Population d'étude

Pour réaliser notre étude, nous nous sommes appuyés sur les données recueillies par le pôle handicap et reconversion de la métropole (PHARE), répertoriant l'ensemble des agents reconnus travailleurs handicapés, qui en ont informé leur employeur et qui ont bénéficié d'un aménagement de poste en 2016.

Les critères d'inclusion étaient les suivants:

- Bénéficiaire de l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés.

- Etre employé de la métropole Nice Cote d'Azur ou de la ville de Nice, en activité au moment de l'étude, et suivi par le pôle de médecine préventive de la métropole.
- Avoir bénéficié entre le 1^{er} janvier 2016 et le 31 décembre 2016 d'un ou plusieurs des aménagements suivants : aménagement matériel, aménagement avec compensation du handicap, aide au trajet, compensation financière ou matériel du handicap, auxiliaire.

N'étaient pas inclus dans l'étude les agents ayant bénéficié d'autre types d'aménagements, ou d'une mobilité médicale (changement de poste et reconversion professionnelle dans un autre domaine).

Au cours de cette étude, on entendait par aménagement avec moyen de compensation de handicap tous les dispositifs qui permettent de pallier le déficit.

IV.4 Méthode de recueil et outil d'évaluation

Dans un premier temps, chaque agent a reçu un appel téléphonique du médecin du travail du Service de médecine Préventive interne. Celui-ci avait pour but de valider leur autorisation à être recontacté ensuite par nous-même. Les agents étaient informés qu'il s'agissait d'une participation à une étude sur le maintien en emploi dans la fonction publique. Ils étaient également prévenus que le questionnaire serait effectué par un médecin interne, dans le cadre de sa thèse pour l'obtention du grade de docteur en médecine.

Dans un second temps, nous avons rappelé chaque agent pour avoir leurs réponses au questionnaire. Celui-ci a été élaboré par nos soins, en l'absence de questionnaire publié sur le sujet et testé préalablement auprès de cinq agents (ce qui avait conduit à apporter quelques modifications). Le questionnaire final est présenté en annexe 1.

Ceux qui avaient indiqué au médecin de prévention ne pas souhaiter participer à l'étude n'ont pas été appelés par le médecin interne.

Un agent a souhaité nous rencontrer du fait d'aménagements importants et d'une pathologie lourde. Il a répondu au questionnaire lors de cet entretien.

Les agents étaient informés que les réponses aux questionnaires étaient couvertes par la confidentialité et qu'elles seraient traitées et retranscrites de manière anonyme selon les obligations réglementaires.

De plus, les agents pouvaient refuser de participer à l'étude ou se retirer à tout moment sans avoir à en expliquer les raisons.

Des questions fermées ou à choix multiples ont été utilisées, ainsi qu'une question ouverte en fin de questionnaire.

Cet auto questionnaire comportait 23 questions pouvant être réparties en trois parties.

La première partie, constituée de neuf questions dont les réponses étaient connues et indiquées avant de téléphoner aux agents, regroupaient des données sociodémographiques et professionnelles pour permettre d'établir le profil de l'agent selon :

- Son sexe.
- Son Age.
- Son statut familial.
- Le nombre d'enfant à charge.
- Son statut dans la fonction publique.
- Son grade.
- Son secteur d'activité.

Les réponses ont toutefois été vérifiées avec l'agent lors de l'entretien téléphonique.

La seconde partie portait sur le contexte médical de l'agent. Les renseignements demandés concernaient :

- Le type d'aménagement.
- La pathologie pour laquelle l'aménagement avait été demandé.
- Le premier interlocuteur du patient.
- Le contexte suite auquel l'aménagement a été mis en place, arrêt de travail ou maladie plus ou moins long, accident de travail, après un congé de longue maladie ou autres.

La troisième partie avait pour but d'évaluer le retentissement de la mise en place de cet aménagement de poste sur :

- Les tâches de travail,

- le bien-être de l'agent,
- la satisfaction de l'agent,
- la façon d'envisager l'avenir,
- la prise en compte de son handicap par son employeur.

A l'issue de chaque participation au questionnaire, si un agent ne semblait pas satisfait de son aménagement, ou s'il souhaitait que celui-ci soit réévalué, un rendez-vous avec le médecin du travail était proposé.

Par la suite, les données ont été intégrées de manière anonyme dans un logiciel informatique (EXCEL STATS)

IV.5 Analyse statistique

Nos résultats sont présentés en effectif et pourcentage calculés sur la base de la population concernée.

V. RESULTATS

37 agents correspondaient aux critères d'inclusions nécessaires à notre étude, parmi lesquels deux ont refusé de participer, un agent était parti en retraite en 2017, deux étaient en arrêt de travail au moment de notre étude et quatre agents n'étaient plus suivis par le service de médecine préventive interne et ont donc été exclus de l'étude. 28 agents ont donc répondu au questionnaire. Soit un taux de réponse de 75,7%.

V.1 Caractéristiques biographiques de la population (N=28)

V.1.1 Age-Sexe :

Notre population était composée de 18 femmes (64,3%) et 10 hommes (35,7%).

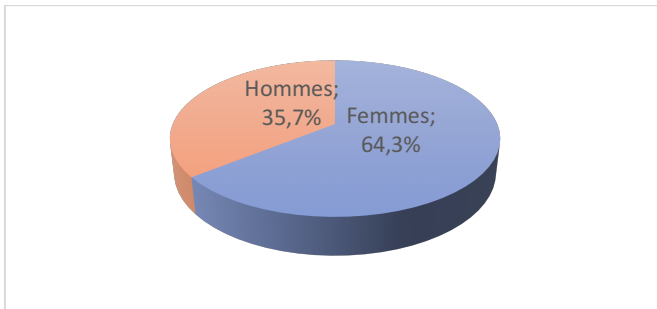


Illustration I : Répartition en pourcentage de la population d'étude par sexe.

54% des agents avaient entre 45 et 55 ans (n=15) au moment de l'étude, 32% entre 55 et 65 ans (n=9) et 14% entre 25 et 45 ans (n=4).

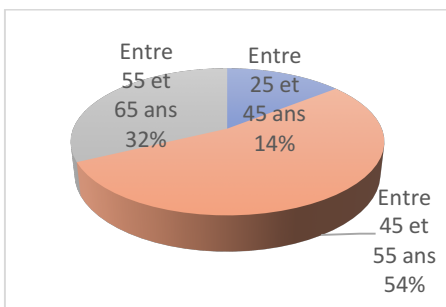


Illustration II : Répartition en pourcentage de la population d'étude par tranche d'âge

V.1.2 Nombre d'enfants à charge :

14 personnes n'avaient pas d'enfants à charge (50%), 7 agents en avaient 1 (25%), 5 en avaient 2, et 2 agents en avaient 3 ou plus (7,1%).

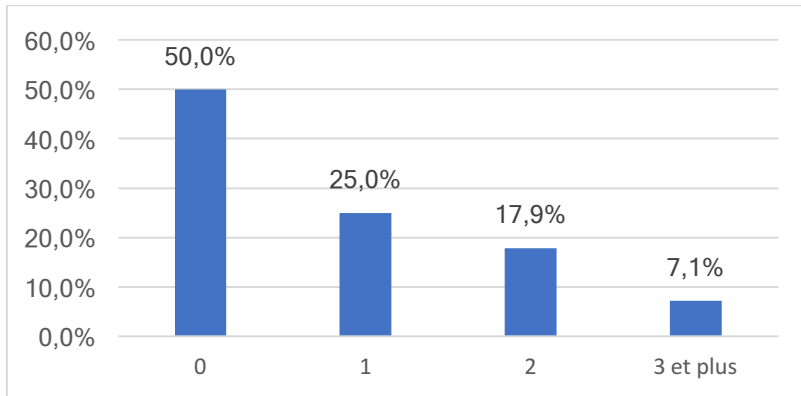


Illustration III : Répartition en pourcentage du nombre d'enfants à charge de la population étudiée.

V.1.3 Niveau d'étude :

1 personne n'avait aucun diplôme, 2 avaient un niveau brevet des collèges ou BEPC, 14 personnes avaient un niveau CAP, BEP, 4 un niveau Baccalauréat et 7 avaient réalisé des études supérieures.

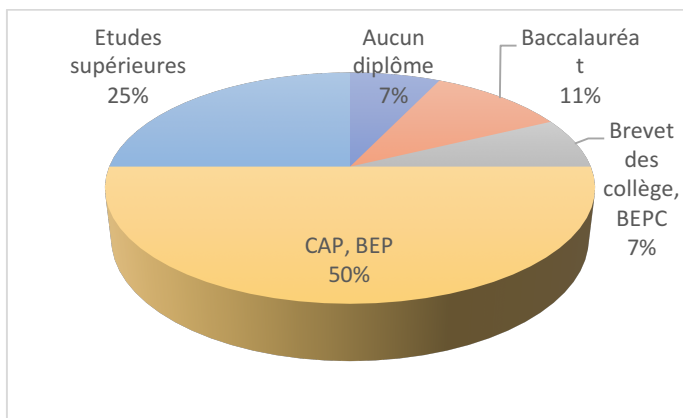


Illustration IV : Répartition en pourcentage en fonction du niveau d'études de la population d'étude.

V.1.4 Statut marital :

17 personnes étaient mariées, pacsées ou en couple, et 11 étaient divorcées ou célibataires.

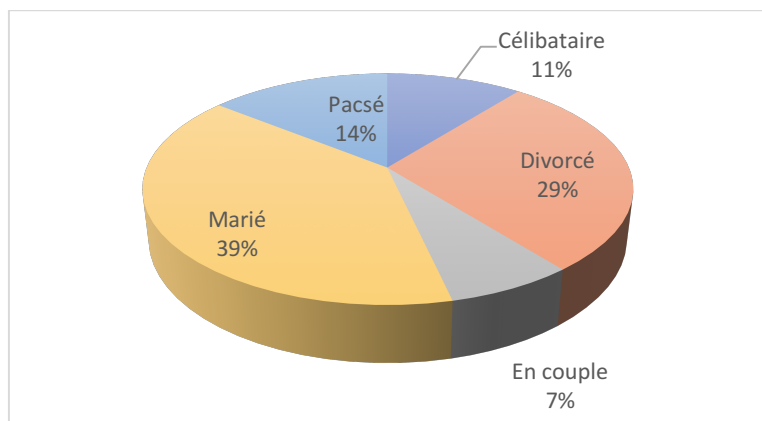


Illustration V : Répartition en pourcentage de la population d'étude en fonction de leur statut marital.

V.2 Données professionnelles

V.2.1 Statut dans la fonction publique et grade :

26 agents étaient titulaires et 2 contractuels. Parmi eux 22 avaient un grade C, 5 un grade B et 1 un grade A.

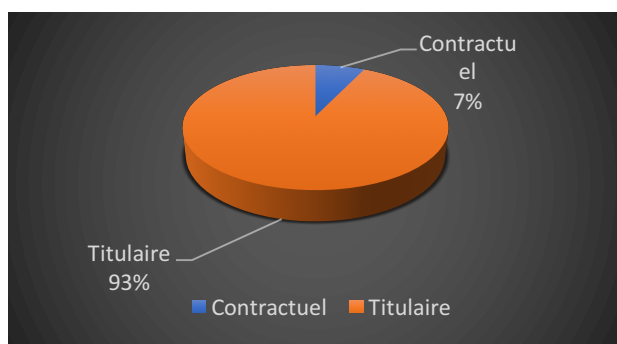


Illustration VI : Répartition en pourcentage en fonction du statut dans fonction publique.

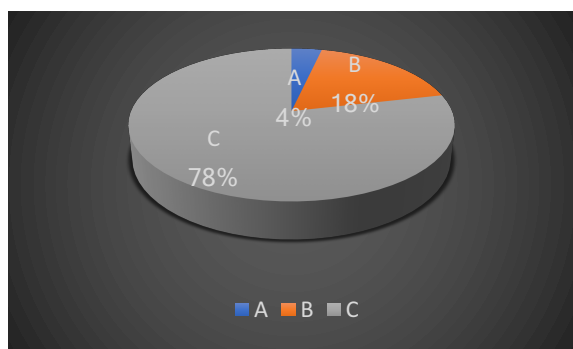


Illustration VII : Répartition de la population d'étude en fonction du grade.

V.2.2 Ancienneté dans la fonction publique :

20 des agents sur les 28 inclus avaient une ancienneté supérieure à 15 ans. Seulement 2 agents avaient une ancienneté comprise entre 1 et 5ans. Les 6 derniers agents avaient une ancienneté comprise entre 5 et 15ans.

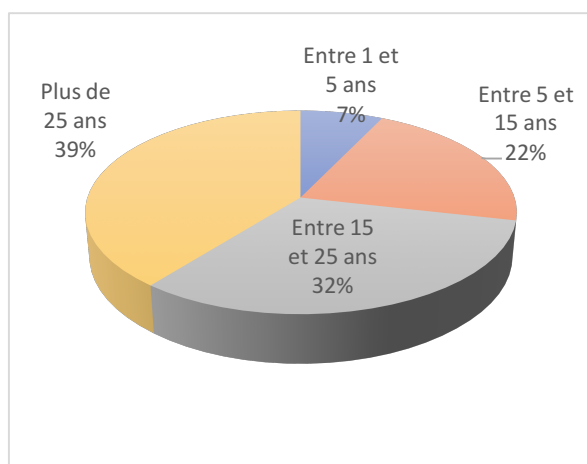


Illustration VIII : Répartition en pourcentage de la population d'étude en fonction de son ancienneté au sein de la fonction publique.

V.2.3 Poste de travail :

La population d'étude était constituée principalement d'agents occupant un poste administratif (46,4% soit 13 agents). Viennent ensuite les postes techniques (32,1% soit 9

agents), puis la police municipale (10,7% soit 3 agents), la culture (7,1% soit 2 agents) et enfin l'éducation 1 agent.

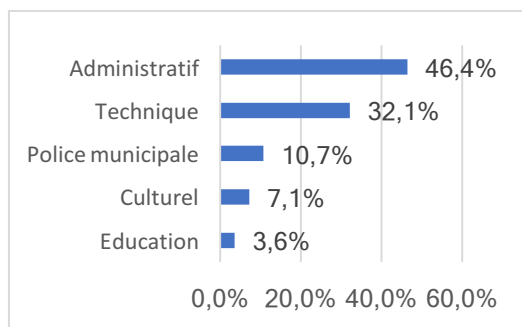


Illustration IX : Répartition en pourcentage par poste de travail de la population étudiée.

V.3 Données médicales

V.3.1 Reconnaissance travailleurs handicapés et date de première reconnaissance

5 agents ont fait leur déclaration dans l'année de l'aménagement, 8 l'année précédente. Pour les autres agents l'acquisition de la RQTH (reconnaissance travailleur handicapé) est plus ancienne comme le montre la figure 10 ci-dessous.

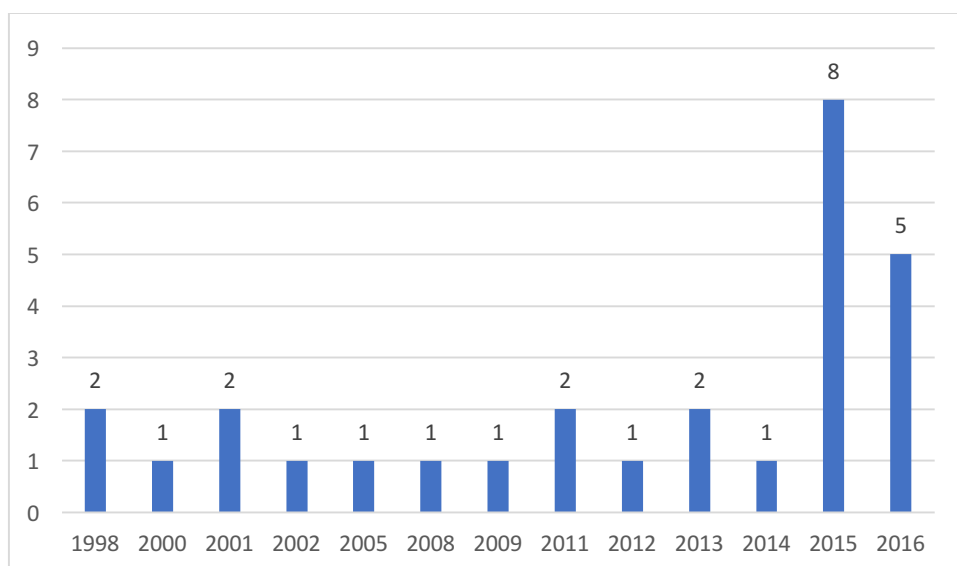


Illustration X : Nombre d'agents ayant fait leur déclaration RQTH en fonction de l'année de cette dernière.

V.3.2 Type d'aménagements :

Il faut d'abord préciser que certains agents ont bénéficié de plusieurs types d'aménagements ce qui explique que la somme des pourcentages de la figure 11 ne soit pas égale à 100.

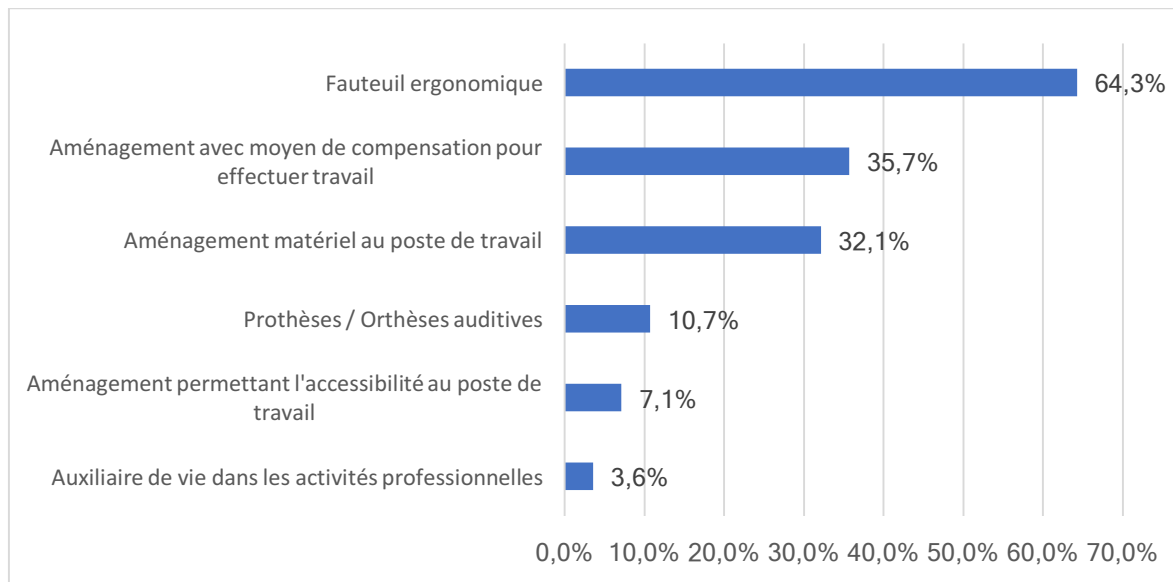


Illustration XI : Répartition en pourcentage des différents types d'aménagement mis en place au sein de la population d'étude.

Cf paragraphe III-7-a : les actions de terrains, pour les illustrations et le détail de différents aménagements

Ces aménagements se sont accompagnés ou non de restrictions au poste de travail, celles-ci sont présentées dans la figure 12.

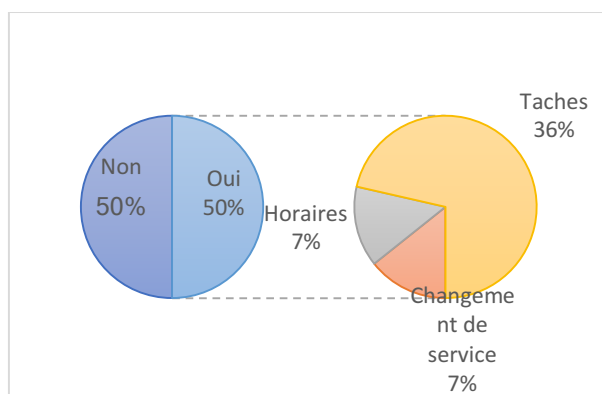


Illustration XII : pourcentage d'aménagements accompagnés de restriction et type de ces dernières.

V.3.3 Type de pathologie ayant nécessité la mise en place d'un aménagement du poste de travail :

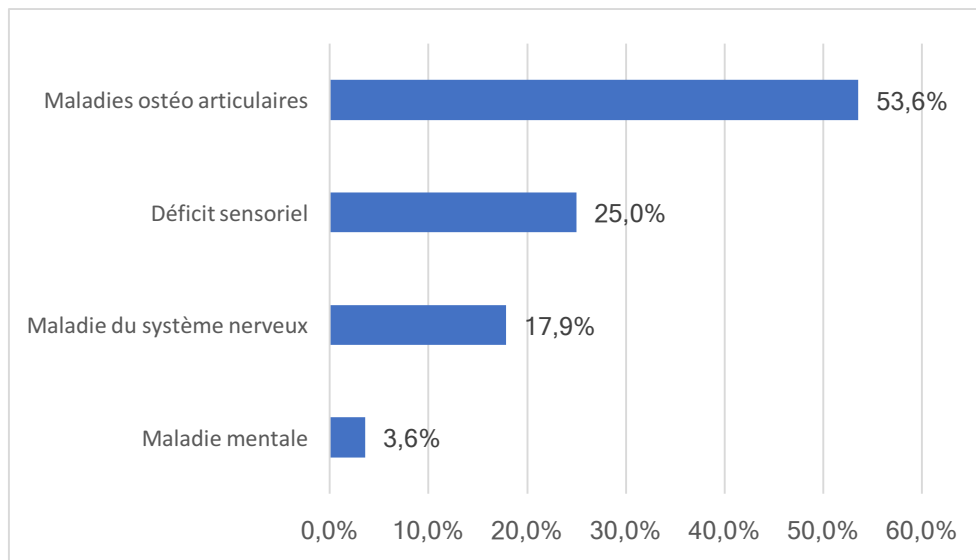


Illustration XIII : Répartition en pourcentage des groupes de pathologie à l'origine des aménagements.

Les pathologies ostéo articulaires regroupent les pathologies de l'appareil locomoteur à savoir les maladies rhumatismales (y compris la fibromyalgie), traumatologiques ou orthopédiques (hernies, arthrodèses, prothèses de hanche de genou ou d'épaule) et représentent 53,6% (n=15) des cas d'aménagement.

Le déficit sensoriel représente 25% (n=7), les maladies du système nerveux 17,9% (n=5) et 3,6% (n=1) pour les maladies mentales.

La figure 14 met en évidence le contexte de survenance de ces pathologies. Dans 50% (n=14) des cas, celles-ci étaient secondaires à une maladie, dans 28,6% (n=8) à un traumatisme et dans 7,1% (n=2) des cas, elles étaient congénitales.

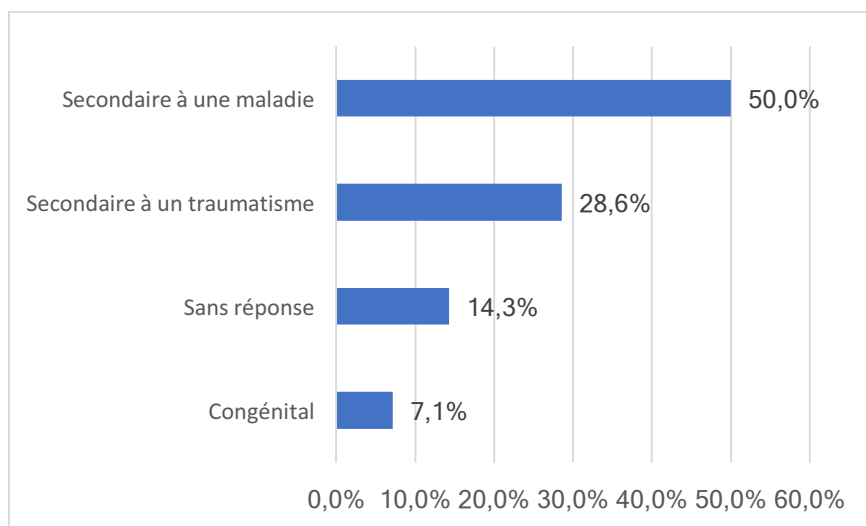


Illustration XIV : répartition en pourcentage de l'étiologie des groupes de pathologies.

V.3.4 Arrêts de travail

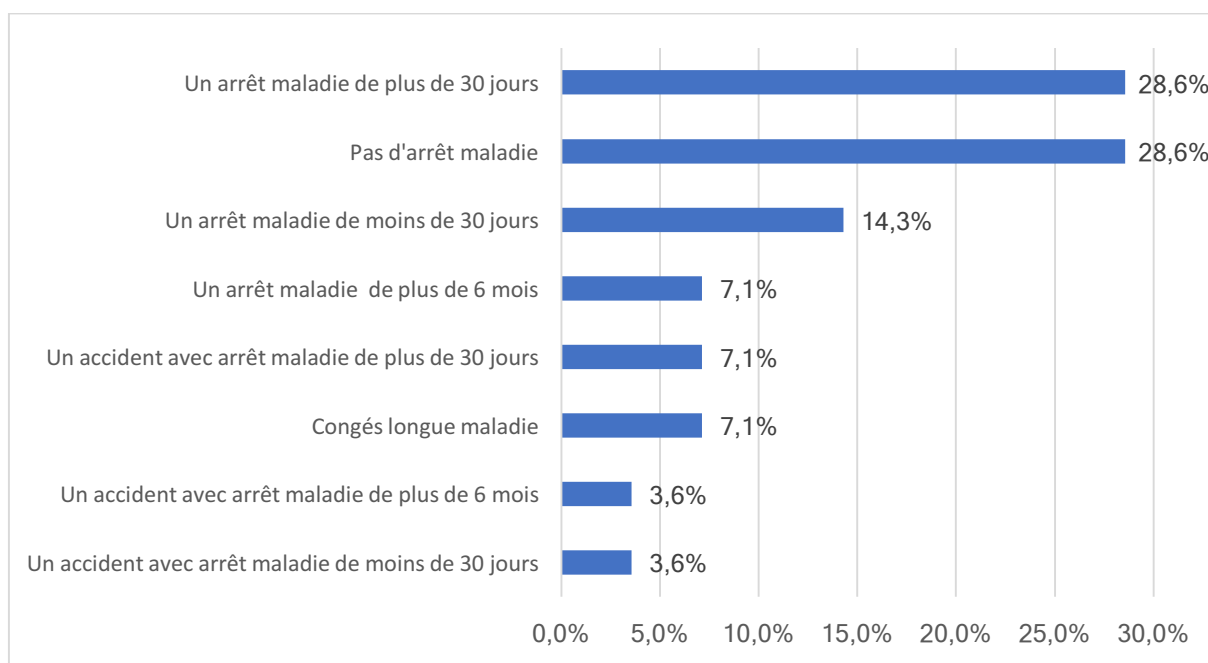


Illustration XV : Répartition en pourcentage de la durée et du type d'arrêt maladie avant la reprise du travail.

Dans 28,6% (n=8) des cas, le retour au travail s'est fait après un arrêt maladie de plus de 30 jours.

28,6% (n=8) des agents n'ont pas eu d'arrêt de travail.

14,3% (n=4) ont repris le travail après un arrêt maladie de moins de 30 jours.

7,1% (n=2) après un arrêt maladie de plus de 6 mois, un accident de travail avec arrêt maladie de plus de 30 jours ou un congé de longue maladie.

3,6%(n=1) après un accident de travail avec arrêt de plus de 6 mois ou de moins de 30 jours.

V.3.5 Le premier interlocuteur de l'agent :

Dans 64,3% des cas, c'est le médecin du travail (ou de prévention) qui est consulté en premier (n=18), dans 25% le PHARE (pôle handicap et reconversion) (n=7). Les 21,5% restants ont dit avoir consulté en premier leur hiérarchie, un collègue ou le médecin agréé qui les ont ensuite réorientés vers le médecin du travail (n=6).

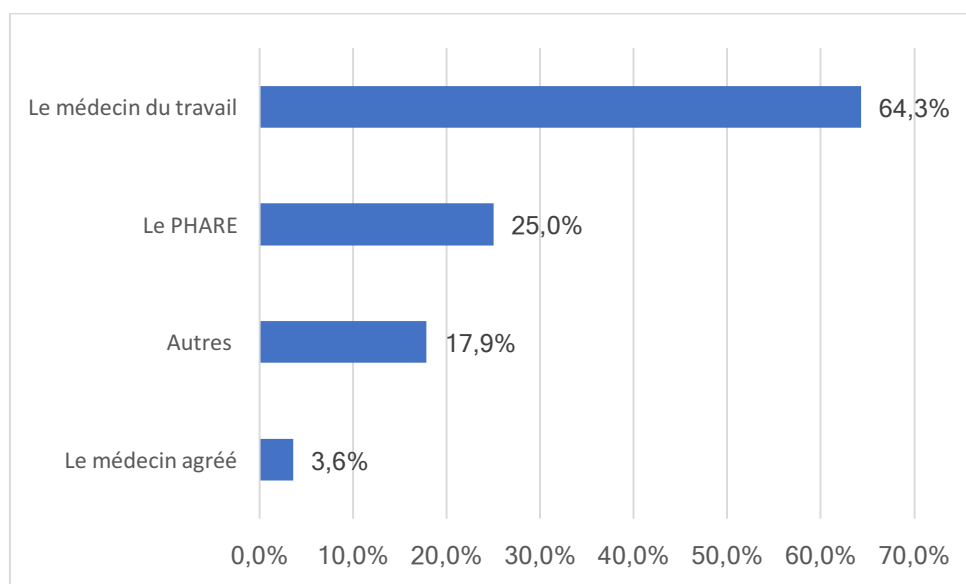


Illustration XVI : Répartition en pourcentage du premier interlocuteur consulté par la population étudiée.

V.4 Retentissement de la mise en place de l'aménagement en 2016

V.4.1 Aménagement toujours en place en 2018, à défaut un nouvel aménagement a-t-il été mis en place.

Pour 26 agents (93% des cas), l'aménagement mis en place en 2016 est toujours d'actualité.

Pour les 2 agents restants, (7% des cas) cet aménagement n'est plus en place, un des deux agents a bénéficié d'un nouvel aménagement

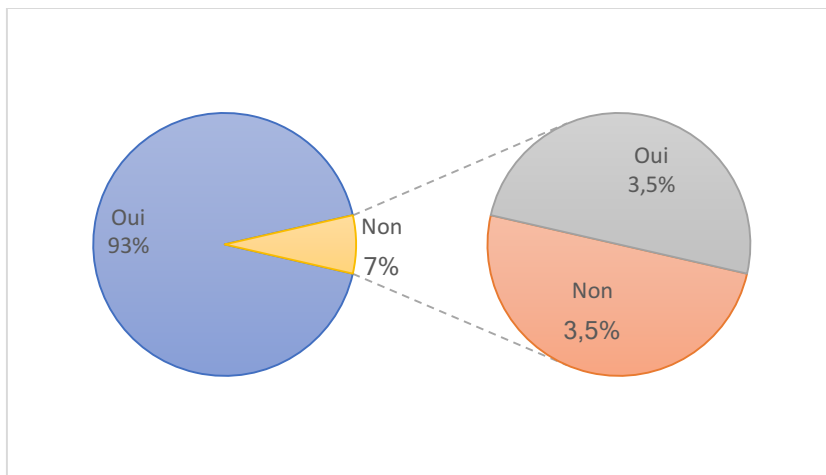


Illustration XVII : Répartition en pourcentage du nombre d'aménagements en place en 2018 au sein de la population d'étude.

V.4.2 Satisfaction de l'agents vis-à-vis de l'aménagement

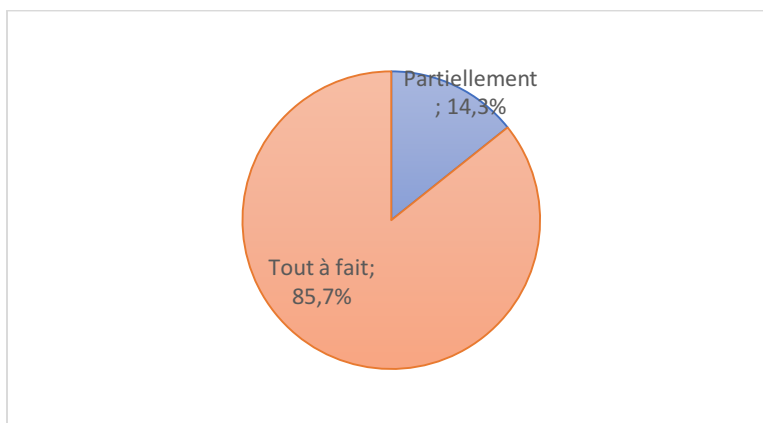


Illustration XVIII : Répartition en pourcentage de la satisfaction concernant l'aménagement de la population d'étude.

Dans 85,7% des cas (n= 24), les agents sont tout à fait satisfaits de l'aménagement instauré. 14,3% (n= 4) ne le sont que partiellement et aucun agent n'a répondu qu'il n'était pas du tout satisfait.

Par ailleurs, 19 agents (67,9% des agents) ont déclaré que l'aménagement leur permettait de faire le même travail que s'ils n'étaient pas atteints de cette pathologie.

V.4.3 Effet sur les arrêts de travail :

A la question, avez-vous eu de nouveaux arrêts de travail depuis que l'aménagement est en place, 16 agents (57%) ont répondu non, 12 agents (43%) ont répondu oui dont 8 agents ont bénéficié d'un arrêt pour la même pathologie à l'origine de l'aménagement.

25% (7 agents) n'ont eu qu'un seul nouvel arrêt, 14% (4 agents) en avaient eu deux et 4% (1 agent) en a eu trois ou plus.

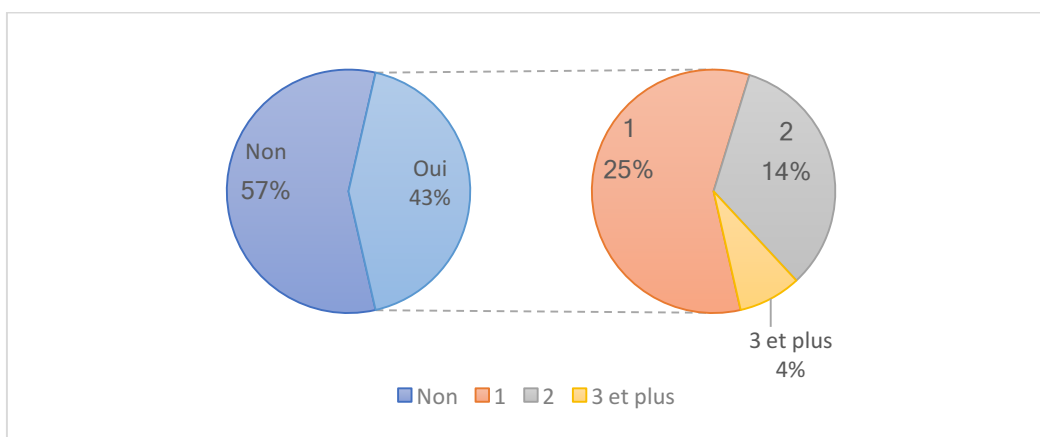


Illustration XIX : Répartition en pourcentage de la population d'étude ayant eu un nouvel arrêt de travail et nombre.

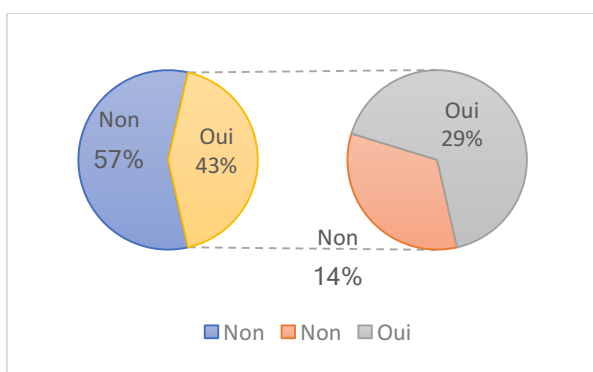


Illustration XX : Répartition en pourcentage de la population d'étude ayant eu un nouvel arrêt et lien ou non avec la pathologie nous concernant.

V.4.4 Effet sur la consommation d'antalgiques :

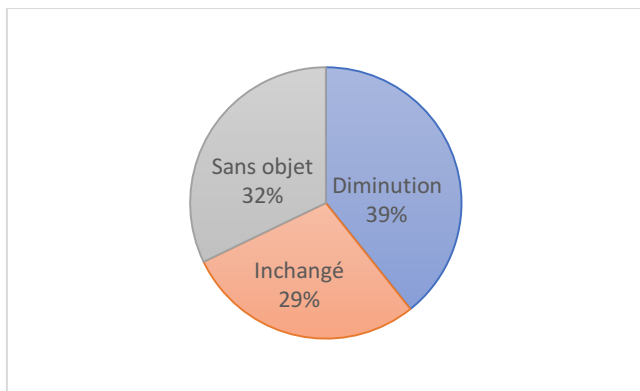


Illustration XXI : Répartition en pourcentage de la consommation médicamenteuse d'antalgiques de la population étudiée après la mise en place de l'aménagement.

Dans 39% des cas (n=11), la mise en place de l'aménagement avait permis une réduction de la consommation médicamenteuse d'antalgiques. Dans 29% (n= 8) elle était inchangée. 32% (n=9) des agents n'étaient pas concernés par la question car ne consommaient pas d'antalgiques.

V.4.5 Effet à long terme

Dans 61% des cas (n=17), les agents pensent que cet aménagement leur conviendra dans l'avenir pour occuper dans de bonnes conditions leur poste de travail, 39% (n=11) des agents pensent qu'il devra évoluer en fonction de leur pathologie.

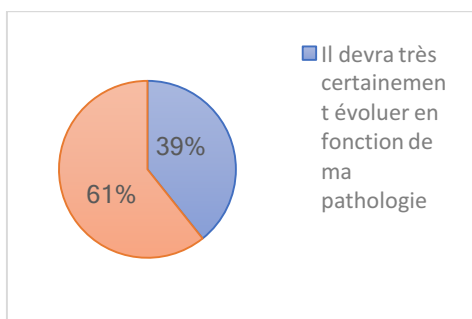


Illustration XXII : Répartition en pourcentage de la nécessité ou non de modifier l'aménagement à l'avenir.

V.4.6 Appréciation sur l'implication de l'employeur

Dans 67,9% des cas (n=19), les agents ont « tout à fait » le sentiment que l'employeur prend en compte leur handicap et met tout en place pour le compenser. 32,1% (n=9) n'ont qu'un sentiment partiel.

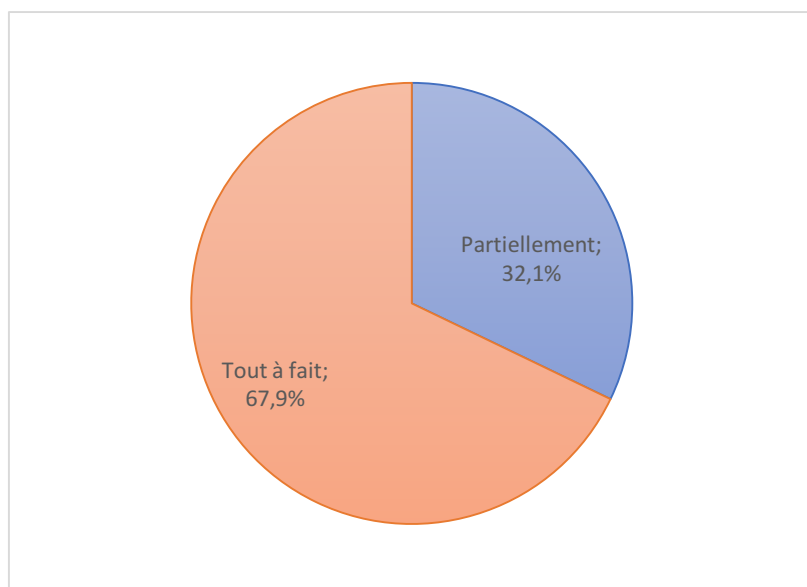


Illustration XXIII : Répartition en pourcentage du ressenti par la population étudiée de l'implication de l'employeur dans la prise en compte du handicap.

VI. DISCUSSION

VI.1 Discussion des principaux résultats

VI.1.1 Analyse socio démographiques

⇒ Nous constatons en premier, bien que cela puisse paraître surprenant, que la majorité des postes concernés par ces aménagements sont des postes administratifs et non des postes techniques.

Cela peut s'expliquer de différentes manières :

- Tout d'abord notre population était constituée en majeure partie de femmes, occupant de manière plus fréquente des postes administratifs.

On note aussi que les agents administratifs sont souvent les mieux informés des démarches à effectuer pour bénéficier d'aménagements.

A l'inverse, les agents techniques les connaîtraient moins bien et auraient plus de réticences à les solliciter par peur de voir leurs primes affectées (heures supplémentaires et autres), dès lors qu'elles constituent une partie non négligeable de leur rémunération.

- Ensuite, notre échantillon était constitué d'agents appartenant pour une partie à la métropole Nice Côte d'Azur, pour l'autre à la ville de Nice. La métropole est constituée d'environ 4500 agents occupant principalement des postes techniques dont une partie est suivie par un autre service de médecine du travail comme cela a été détaillé précédemment. La ville de Nice comprend environ 6000 agents avec une majorité de postes administratifs.

⇒ Nous remarquons ensuite que notre population étudiée est constituée en très large partie d'agents titulaires. Ceci peut s'expliquer par le statut protecteur des fonctionnaires. Il est en effet possible qu'ils aient moins d'hésitations à solliciter un aménagement de poste ou un reclassement. Il est vrai que pour un contractuel qui ne bénéficie pas de ce statut protecteur cela peut aboutir plus facilement à une fin de contrat.

VI.1.2 Aménagements les plus fréquents

Intéressons-nous à présent au type d'aménagement le plus représenté : il s'agit du fauteuil ergonomique. C'est un siège dont l'assise, le dossier et les accoudoirs sont réglables en hauteur avec possibilité d'en régler la pression. L'appuie-tête comme les accoudoirs sont amovibles. Le piétement est à 5 branches avec roulettes.

La prescription de ce fauteuil est en lien direct avec le type de pathologie les plus représentées au sein de notre étude : les pathologies ostéo-articulaires.

Ceci peut s'expliquer par trois critères principaux :

- Le premier est la présence d'une majorité de femmes dans notre population d'étude pour lesquelles des données épidémiologiques ont mis en évidence une incidence plus importante des maladies rhumatismales, auto immune et neuro dégénérative. En effet, la polyarthrite rhumatoïde (4) et la Sclérose en plaque sont plus fréquentes chez les femmes (5) et sont des pathologies qui justifient une RQTH. (6)

De plus a été incluse dans cette catégorie la fibromyalgie dont la prévalence est nettement plus importante chez la femme.(7)

Illustration par un cas clinique :

Madame X, née en 1977 (41 ans), atteinte d'une pelvi spondylite.

RQTH en cours de validité.

Symptômes principaux : raideur rachidienne, sciatgie gauche, dérouillage matinal, douleurs nocturnes, asthénie, syndrome anxio dépressif

Poste : agent d'accueil suite à une mobilité médicale, était auxiliaire puéricultrice.

HDM : devant des douleurs quotidiennes majorées par son poste d'auxiliaire puéricultrice, elle consulte le médecin du travail. L'aménagement du poste d'auxiliaire puéricultrice est difficile, une mobilité médicale est demandée vers un poste administratif.

Elle est reclassée sur un poste d'agent d'accueil mais l'aménagement du poste est nécessaire devant des douleurs lors de la station assise prolongée.

Les aménagements suivants sont prescrits par le médecin du travail:

- Aménagement matériel : un fauteuil ergonomique avec les caractéristiques minimales suivantes :
 - . Assise réglable en hauteur avec possibilité de régler la pression
 - . Accoudoirs amovibles et réglables
 - . Dossier réglable en hauteur, en pression et en inclinaison avec renforcement lombaire
 - . Appui cervical réglable en hauteur, en pression et en inclinaison
- Aménagement Horaire : CLM fractionné pour 6 mois, 2 jours et demi par semaine (pour du repos et des injections en Hôpital de jour toutes les deux semaines)

Suite à la prescription du médecin du travail, des essais de fauteuils ergonomiques sont réalisés par la patiente avec l'aide du PHARE pour trouver le plus adapté. Le financement se fait pas le FIPHFP.

Un mois après mise en place, l'infirmière du PHARE se rend sur place pour réévaluer l'aménagement.

Depuis l'aménagement, la patiente a été revue en consultation par le médecin du travail. Elle est satisfaite de ses aménagements car elle peut rester assise plusieurs heures par jour devant son ordinateur sans majoration de ses douleurs. De plus le CLM fractionné lui permet de bien se rétablir après les injections réalisées à l'hôpital qui ont tendance à lui provoquer des vertiges, et ainsi d'être en « *bonne forme* » les jours de travail. Elle signale même avoir pu diminuer sa consommation d'antalgiques.

• Le deuxième critère pouvant expliquer la prédominance du fauteuil ergonomique est une proportion majoritaire d'agents ayant un âge supérieur à 55 ans. 32% des agents ont plus de 55 ans et 86% ont plus de 45 ans, catégorie dans lesquelles la prévalence des pathologies inflammatoires, des hernies discales notamment aggravées par l'arthrose, est plus importante. (4)

- Le troisième est la prévalence des troubles musculo-squelettiques⁸ (TMS) chez les administratifs qui sont de plus en plus importants comme le suggèrent les données de la littérature scientifique. (8)

En effet deux phénomènes en sont à l'origine :

- Les mouvements répétitifs et les contraintes posturales (position assise prolongée, mouvements de la souris informatique, postures contraintes qui provoquent des hyper sollicitations ostéo articulaire).
- Le stress⁹ au travail, très souvent décrit par notre population lors des consultations de médecine du travail. (9)

Les TMS les plus fréquents sont les pathologies de la colonne vertébrale (lombalgies, cervicalgies) et celles des membres supérieurs (tendinopathie de la coiffe des rotateurs, épicondylite médiale ou latérale et syndrome du canal carpien)(10). Les TMS constituent aujourd'hui la première cause de déclaration et de reconnaissance de maladies professionnelles, dont on note qu'elles ont fortement évolué au cours de ces dernières années.(11)

Rappelons qu'une étude de l'INRS a mis en évidence l'importance des TMS chez les opérateurs de saisie principalement au niveau du coude et de l'épaule.(12)

Bien évidemment, la filière technique est elle aussi touchée par les TMS. Les causes principales sont identiques (mouvements répétitifs, stress lié au rendement).

Dans notre étude, un agent technique a pu bénéficier d'un aménagement matériel (sécateur automatique devant une tendinopathie de la coiffe).

⁸ TMS , définition : « maladies liées à l'inflammation des tissus mous »

⁹ stress selon définition européenne : « un état de stress survient lorsqu'il y'a déséquilibre entre la perception qu'une personne a des contraintes que lui impose son environnement et la perception qu'elle a de ses propres ressources pour y faire face. Bien que le processus d'évaluation des contraintes et des ressources soit d'ordre psychologique, les effets du stress ne sont pas uniquement de nature psychologique. Il affecte également la santé physique, le bien-être et la productivité de la personne qui y est soumise. »

Le lien entre stress et TMS a été montré dans plusieurs publications :

→ Le modèle de Karasek¹⁰ met en évidence dans les années 70 le lien entre « la demande psychologique » qui est associée à la réalisation de tâches (quantité, complexité, contraintes dans le temps) et « la latitude décisionnelle ». (13)

La notion de latitude décisionnelle recouvre l'autonomie dans l'organisation de ces tâches, la participation aux décisions, l'utilisation de ses compétences c'est-à-dire la possibilité d'utiliser ses qualifications ainsi que sa capacité à développer de nouvelles compétences. Karasek a montré que l'association d'une forte demande psychologique et d'une faible latitude décisionnelle représente un risque pour la santé physique et psychique. Il a appelé cette association le « job strain ».

→ Johnson a par la suite enrichi ce travail en ajoutant la dimension de soutien socio-émotionnel et technique. Il a souligné l'importance du soutien et de la reconnaissance de ses collègues, le soutien de sa hiérarchie ainsi que les moyens techniques pour effectuer son travail.

→ Un peu plus tard, dans les années 90, Siegrist¹¹ a développé le modèle « du déséquilibre Effort/Récompense » qui repose sur l'effort consenti par l'individu pour son travail et les récompenses attendues en retour (financières, de sécurité d'emploi ou d'opportunités de carrière). (14)

Aujourd'hui, au sein de la fonction publique, la tendance est à la diminution des effectifs notamment avec le non remplacement d'une partie des agents partant à la retraite, ce qui est ressenti comme une surcharge de travail par les agents en activité, et donc pourvoyeuse de stress et de TMS et par là de pathologies ostéo articulaires.

Le stress a d'autres conséquences : il peut altérer l'humeur et le caractère (les troubles anxieux et la dépression sont plus fréquents dans les cas de situations stressantes prolongées). Ce qui peut aussi avoir un retentissement dans le travail, pouvant nécessiter un aménagement plutôt

¹⁰ conçu par le sociologue et psychologue Robert Karasek en 1979.

¹¹ conçu par le sociologue Johannes Siegrist suisse à la fin des années quatre-vingt

horaire cette fois ci. Ces demandes d'aménagement horaire résultent aussi parfois de la prise de psychotropes qui peuvent altérer la vigilance, surtout en début de journée et lors de la conduite automobile.

La deuxième catégorie d'aménagement majoritairement représentée est celle des « aménagements avec moyen de compensation pour effectuer le travail ». Elle inclut les logiciels informatiques, appareils et autres technologies décrites précédemment permettant la compensation du handicap. Dans le cas de notre étude, il s'agit essentiellement des cas d'handicaps visuels et auditifs. Ceci peut s'expliquer par les progrès et l'apparition d'une technologie toujours plus performante qui ne cesse de se perfectionner faisant apparaître de nouveaux aménagements (logiciels pour malentendants ou mal voyants...)

VI.1.3 Date de prise en compte du statut de travailleur handicapé

Si on s'intéresse à présent à la date de reconnaissance du statut de travailleur handicapé, on remarque que la majorité des déclarations (13 sur 28) se sont faites dans l'année de la mise en place de l'aménagement, ou dans l'année le précédent.

Ceci peut s'expliquer tout d'abord parce que la RQTH est indispensable pour bénéficier des aménagements financés par le FIPHFP, mais aussi parce que les aménagements sont le plus souvent secondaires à une maladie ou un traumatisme, et sont donc des handicaps acquis. Pour rappel selon les données de la littérature, dans 80% des cas on ne naît pas handicapé, on le devient.

Le rôle du médecin du travail est d'inciter et d'accompagner cette demande en rassurant l'agent sur l'absence d'impact négatif sur sa carrière.(15)

VI.1.4 Qui a été le premier interlocuteur ?

- Dans 50% des cas, c'est le médecin du travail qui a été consulté en premier, son action est primordiale et il joue un rôle de coordinateur dans la démarche de maintien en emploi. Quelque soit le premier interlocuteur rencontré par l'agent, celui-ci a toujours été réorienté vers le médecin du travail. C'est le seul qui peut préconiser une adaptation du poste en lien avec la pathologie de l'agent, de part sa connaissance de la pathologie, des postes de travail

et sa maîtrise des dispositifs de maintien en emploi. Les contacts sont favorisés car NCA et VDN possèdent leur propre service de santé au travail, qui est bien connu des agents, ce qui facilite les consultations.

Les agents bénéficient d'une visite biennale, ce qui n'est plus le cas dans le secteur privé depuis le décret de janvier 2017 (visites quinquennales pour la majorité des postes, hors postes dits « à risque ») ce qui contribue à créer et à maintenir le lien de confiance.

- Juste après le médecin du travail, c'est le pôle handicap et reconversion qui est consulté. Ce service est une particularité de la ville de Nice et un interlocuteur privilégié pour les agents.

VI.1.5 Pérennité du système mis en place

Notre étude a aussi mis en évidence que dans 93% des cas, l'aménagement mis en place en 2016 est toujours en place au moment de l'étude, soit 2 ans plus tard.

85,7% des agents s'estiment « *tout à fait satisfaits de celui-ci* ».

Ces aménagements ont permis d'améliorer leur qualité de vie au travail.

→ Pour 61% d'entre eux, cet aménagement leur permettra d'occuper leur emploi dans de bonnes conditions, potentiellement jusqu'à l'âge de la retraite.

→ L'aménagement permet aussi de minimiser les arrêts de travail en lien avec la pathologie concernée :

- 57% des agents n'ont pas eu de nouvel arrêt de travail.
- 43% ont eu un nouvel arrêt de travail, mais pour plus de la moitié il n'a été que de très courte durée (moins de 30 jours).

→ De plus 39% des agents ont diminué leur consommation médicamenteuse d'antalgiques et donc réduit les effets secondaires en lien avec les traitements (retentissement hépatique, intolérance digestive, baisse de la vigilance pour ne citer que les principaux).

VI.1.6 Qualité et effectivité de l'écoute

Ces améliorations contribuent au sentiment d'implication, d'écoute et d'investissement de la part de l'employeur, ressenti par les agents.

67,9% des agents estiment que leur employeur est à l'écoute de leur besoin, fait en sorte d'adapter leur poste à leur pathologie et de préserver leur qualité de vie au travail. On entend par employeur l'institution en général. Ceci est pour eux générateur d'un sentiment de sécurité, car en fonction des événements imprévisibles que peut réserver la vie, un dispositif sera mis en œuvre pour aménager leur poste.

VI.1.7 Critiques émises

Ce qui ressort des questionnaires et de la partie expression libre est une très bonne efficacité du service de médecine préventive, ainsi que du pôle handicap.

Bien que parfois les délais de mise en œuvre soient considérés comme étant un peu longs.

Par exemple, l'achat d'un fauteuil ergonomique nécessite des procédures administratives longues et complexes pouvant s'étendre sur 3 à 6 mois.

Certains agents nous ont signalé avoir ressenti des réticences de la part de leur hiérarchie et de certains de leurs collègues.

Ceci peut s'expliquer par l'inquiétude des directeurs, qui bien que comprenant la nécessité d'un aménagement, craignent la désorganisation du service.

Les collègues peuvent, quant à eux, craindre une surcharge de travail.

C'est pourquoi la Métropole Nice Côte d'azur et la ville de Nice mettent en place de nombreuses formations internes pour les directeurs, et l'ensemble du personnel. Ces formations sont destinées à favoriser une meilleure compréhension du handicap et à une nécessaire intégration du travailleur handicapé.

VI.2 Critiques méthodologiques

Nous avons mené une étude de grade C selon les grades de recommandations établis par l'HAS en 2013, soit une étude de niveau 4, correspondant au plus faible niveau de preuve fourni par la littérature. Cependant, le choix de ce type d'étude nous paraît le plus adapté en termes de temps, de coûts et d'objectifs.

Par ailleurs, notre étude comportait un nombre d'agents peu important. Pour augmenter le recrutement et la puissance de l'étude, nous aurions pu inclure des agents ayant bénéficiés

d'aménagements sur d'autres années que l'année 2016. Mais nous avons préféré inclure les agents rencontrés lors du stage effectué dans le service de médecine préventive de la mairie.

VI.3 Limites de l'étude

Un agent a refusé de répondre car il était encore dans la phase difficile d'acceptation de son handicap. Le principe de questionnaires par téléphone peut diminuer la relation de confiance nécessaire entre le médecin et le patient pour parler du handicap.

Il aurait été intéressant d'intégrer dans cette étude plus de cas de personnes souffrant de pathologies psychiatriques pouvant justifier d'une RQTH, malheureusement cette reconnaissance est très difficile à faire accepter aux agents concernés.

VDN et NCA étant pilotes dans la démarche du maintien dans l'emploi des Travailleurs Handicapés, elles ont été les premières à signer une convention avec le FIPHFP. Il est évident que cela a été facilitant pour l'étude que nous avons menée. On peut donc se poser la question de savoir si cela n'a pas eu une influence sur les bons résultats obtenus.

Il serait intéressant d'effectuer le même type d'étude dans d'autres collectivités afin de voir si le ressenti, globalement positif, des agents face au dispositif de maintien en emploi, est une particularité niçoise.

VI.4 Comparaison avec les données de la littérature.

⇒ En France :

Il existe très peu d'études similaires à la nôtre réalisées au sein de la fonction publique territoriale ou même dans le secteur privé.

Quelques études mettent en évidence la réinsertion professionnelle dans les suites de certaines pathologies et les potentielles difficultés rencontrées.

Cependant peu d'études ont évalué à distance si les démarches mises en place avaient permis le maintien en emploi, et si les bénéficiaires en étaient satisfaits.

Toutefois, quelques études en lien avec la nôtre ont retenu notre attention.

- Une première étude a été menée en 2008 par le centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie, en collaboration avec l'institut de recherche économique et sociale, sur les politiques de maintien en emploi après un arrêt de longue maladie dans les entreprises en France et en Allemagne. (16)

Elle fait ressortir que l'Allemagne a mis en place, dès lors qu'un arrêt maladie dure plus de 42 jours, des étapes prédéfinies et communes à toutes les entreprises pour favoriser le retour à l'emploi.

Elle a montré qu'un contact entre le salarié (à son initiative) et le service des ressources humaines de l'entreprise au cours de l'arrêt, serait favorable au processus de retour à l'emploi, ce qui n'est pas le cas en France où chaque entreprise développe ce qu'elle souhaite pour essayer de satisfaire aux obligations réglementaires.

- Une étude prospective a été initiée par de grandes entreprises françaises, en partenariat avec l'AGEFIPH, pour dessiner l'avenir professionnel des personnes en situation de handicap, nommée « entreprise, travail et handicap 2025 ». (17)

Elle est basée sur des fiches techniques et des scénarios, dont l'objectif est de se doter des moyens d'anticiper, de se préparer au changement et de permettre aux acteurs de détenir des clés pour mieux agir.

Les résultats définitifs ne sont pas encore communiqués mais quelques résultats provisoires le sont: ils insistent sur la nécessité de formations professionnelles en vue d'une reconversion éventuelle par la suite, et de cibler y compris les petites entreprises pour l'emploi des personnes handicapées.

Cette gestion prévisionnelle de carrière est en effet indispensable dès le recrutement. Par exemple, il serait souhaitable d'envisager dès le recrutement d'un élagueur que celui-ci ne pourra peut être pas rester élagueur tout au long de sa carrière.

- Une autre étude a été réalisée au niveau national par 228 collectivités entre 2011 et 2015. Elle s'intéresse surtout au retour dans l'emploi des personnes handicapées, et non pas aux méthodes utilisées par les collectivités pour favoriser le maintien dans l'emploi des personnes handicapées.(18)

- L'enquête Surveillance Médicale des Expositions aux Risques professionnels, dit enquête SUMER, dresse une cartographie des expositions des salariés aux principaux risques professionnels en France.

Si on compare nos résultats à l'enquête SUMER réalisée en 2003,⁽¹⁹⁾ enquête dans laquelle n'était pas inclus les agents de la fonction publique territoriale, on trouve cependant des résultats comparables à la nôtre.

A savoir que :

→ Les femmes sont majoritairement exposées aux TMS,

→ L'origine pluri factorielle des TMS est réaffirmée, à savoir les facteurs physiques, organisationnel et psychosociaux.

Au-delà de la catégorie des ouvriers et des employés de commerce et de service, cette enquête met en évidence que la catégorie « employés administratifs » n'est pas à l'abri des TMS bien au contraire, environ 28% de femmes et 24% d'hommes seraient à fort risque de TMS favorisé par des contraintes visuelles avec plus de 20 heures par semaine en travail sur écran, une forte demande psychologique et un faible soutien social¹².

L'enquête SUMER a eu lieu de nouveau en 2010 et cette fois ont été inclus les salariés de la fonction publique territoriale. Il est intéressant de comparer l'exposition des risques des agents de la fonction publique territoriale (FPT) avec ceux de la fonction publique d'état (FPE), la fonction publique hospitalière et le secteur privé. Ainsi il ressort que les agents de la FPT seraient sensiblement moins affectés que dans la FPE ou FPH

⇒ A l'étranger :

- Une étude a été réalisée en 2011 à l'université de Virginie OUEST aux Etats Unis, par le centre international pour l'information du handicap (« International Center for Disability Information »). (20)

¹² Source DARES-DGT, enquête Sumer 2003

Cette étude consistait à envoyer un questionnaire à 194 employeurs d'entreprises d'environ 500 salariés ayant été amenés à faire un aménagement de poste de travail pour un salarié handicapé. Cette dernière a mis évidence des bénéfices directs et indirects :

- Les bénéfices directs étaient de garder un employé qualifié, d'augmenter la productivité et d'éviter les coûts en lien avec la formation d'un nouvel employé.
- Les bénéfices indirects les plus mentionnés étaient d'augmenter la cohésion, le moral de tous les salariés ainsi que la productivité globale de toute l'entreprise.

Les deux types d'aménagements les plus fréquents étaient d'acheter des équipements et d'aménager les horaires. Ce qui aurait engendré un gain d'au moins 1000 dollars par salarié.

- Une autre étude, toujours aux Etats Unis, réalisée par "Law, Health policy and disability center, University of Iowa College of law" en 2006, a montré les effets positifs des aménagements de poste en expliquant que ceux-ci coutaient peu cher, étaient bénéfiques pour le salarié et l'entreprise, et efficaces. (21)

VI.5 Points positifs mis en lumière par notre étude et pistes d'amélioration possibles

VI.5.1 Les points positifs

Notre étude a permis de mettre en évidence que le binôme interne (médecin de prévention et PHARE) est une force. Il permettrait dans de nombreux cas que l'adaptation du poste soit faite sans nécessité d'un arrêt de travail (figure XV). Cela permet ainsi d'éviter les coûts financiers liés à ce dernier, la désorganisation des services ainsi que la surcharge de travail pour les collègues. Les risques psychosociaux et les troubles musculo-squelettiques s'en trouvent également réduits.

Cette étude a aussi permis de mettre en évidence l'efficacité du dispositif de maintien en emploi, car les aménagements perdurent dans le temps. Ils peuvent potentiellement convenir jusqu'à l'âge de la retraite, et améliorent la qualité de vie au travail.

La consommation d'antalgiques et les arrêts de travail sont en diminution.

Enfin, les agents ont, dans l'ensemble, un sentiment de bonne efficacité du service de médecine préventive et du PHARE.

VI.5.2 Les pistes d'amélioration

Bien que cela soit déjà initié, il faut poursuivre et développer de façon plus large la formation du personnel et de la hiérarchie au handicap en général, et poursuivre l'intégration de l'agent handicapé, en particulier dans le milieu professionnel.

De même, une information toujours plus précise doit être assurée notamment par un accompagnement suivi du médecin du travail dans le maintien de l'agent à son poste. Cette information doit mettre en évidence l'intérêt de faire une demande de RQTH et ses conséquences positives sur le maintien dans l'emploi. (19)

Toutes les aides disponibles, et par exemple l'action importante des services sociaux du personnel doivent être apportées pour permettre une plus grande facilité des démarches et de l'établissement des dossiers de RQTH.

De plus, il faut veiller à améliorer les délais pour la mise en œuvre des aménagements et faire des progrès pour l'intégration du handicap psychique, en incitant ces patients à faire cette demande de RQTH.

CONCLUSION

A la suite de notre étude, nous pouvons conclure que le dispositif de maintien dans l'emploi de la ville de Nice et de la métropole Nice Côte d'Azur est satisfaisant.

Il permet le maintien de l'agent à son poste par l'action conjointe de différents acteurs, et par sa politique dynamique en faveur de l'intégration des travailleurs handicapés.

Le médecin du travail est le pilier de ce dispositif et a la tâche d'accorder un trio, à savoir l'agent, sa pathologie et son travail.

Pour cela il travaille avec une équipe pluridisciplinaire et en particulier le PHARE.

De nombreux aménagements possibles sont présentés dans cette étude pour rétablir une qualité de vie au travail chez des agents porteurs de handicap.

Nous avons mis en évidence que les agents bénéficiaires de ce dispositif étaient plutôt satisfaits des actions mises en œuvre, que les aménagements étaient pérennes dans le temps, et pouvaient évoluer avec la pathologie de l'agent pour compenser le handicap.

Notre étude souligne une majorité d'aménagements pour des pathologies ostéo articulaires ou pour un déficit sensoriel. Le handicap qu'elle génèrent est plus facile à intégrer dans le milieu professionnel que d'autres handicaps comme le handicap psychique. Ce dernier mériterait à lui seul une étude plus spécifique.

Dans tous les cas, il est primordial de poursuivre et d'améliorer les démarches de maintien en emploi des travailleurs handicapés.

CAS CLINIQUES

CAS n°1

Monsieur Y, né en 1963 (55 ans) atteint d'une dégénérescence rétinienne d'évolution progressive.

RQTH en cours de validité

HDM : Il est embauché au standard de la mairie en 2001 mais souhaite changer de poste.

Il change de poste en 2009 pour une bibliothèque en qualité d'agent d'accueil.

Son rôle est d'accueillir les personnes déficientes visuelles, les accompagner et les orienter dans leurs recherches et leurs choix de livres (braille ou audio). Il procède aussi à l'étiquetage des livres en braille.

Pour proposer les aménagements de poste les plus adaptés au handicap de Monsieur Y, le médecin du travail s'est déplacé sur site, avec HandiJOB 06, l'association HORUS, et un ergonome. Ils ont travaillé en lien avec la responsable de la bibliothèque pour la mise en place des aménagements. L'infirmière du PHARE a été présente à toutes les étapes de ces aménagements.

• Les aménagements ont été les suivants:

- Une auxiliaire de vie chargée d'accompagner M.Y (environ 6 mois) : l'auxiliaire de vie lui dictait les références des livres pendant qu'il les tapait sur une machine à écrire Perkins Braille. Les étiquettes éditées étaient ensuite collées sur les livres.
- Une imprimante braille, une plage tactile braille, un télé agrandisseur, un lecteur d'ouvrages numériques, une pince dymo braille

Il a bénéficié de formation à Outlook, word et excel, et d'une prise en main du matériel par le technicien de l'association HORUS.

Ces aménagements ont été financés par le FIPHFP grâce à l'intervention du PHARE.

• Suite à une réévaluation avec le médecin du travail en 2016, ce dernier a demandé une nouvelle évaluation des besoins de Monsieur Y. Le médecin du travail en lien avec le PHARE a préconisé :

- L'Intervention d'un informaticien du PEP06 : suite à cette nouvelle étude ont été fournis un clavier Bluetooth (sans fil) pour son IPAD, une oreillette Bluetooth, une plage braille focus 14 compatible PC et Ipad qui lui permettra une lecture ou une saisie en braille sur les deux supports de travail.
- L'Adaptation de la signalétique des locaux de la bibliothèque permet à M.Y de se déplacer au moyen de bandes podotactiles.

Monsieur Y est très bien intégré dans l'équipe. Son intégration est parfaitement réussie car ce poste est adapté à son handicap et M .Y apporte une aide très appréciable aux usagers présentant le même handicap.

CAS n°2

Monsieur Z, né en 1963 (55 ans), atteint d'une Sclérose latérale amyotrophique d'évolution lente.

RQTH en cours de validité.

Symptômes principaux:

- hémiparésie droite progressive respectant la face ,
- spasticité.
- La marche est très difficile, chutes fréquentes
- Douleurs diffuses
- Atteinte respiratoire.

Poste : médiateur culturel dans un parc de la ville.

Il effectue les visites guidées du parc et s'occupe de la bibliothèque de celui-ci.

HDM : devant l'évolution de la pathologie et des difficultés rencontrées par M.Z pour se déplacer, il est orienté par sa hiérarchie vers le médecin du travail.

Le médecin du travail, le PHARE, le PPST vont sur site pour étudier le poste de travail et se rendre compte des difficultés.

Sont alors prescrits en 2016 par le médecin du travail une série de mesures pour faciliter les déplacements :

- Un transport domicile-travail par mobil azur,
- un monte-charge pour lui permettre de rejoindre depuis son bureau les locaux de l'administration,
- des portes automatisées pour faciliter ses déplacements et voir ses collègues facilement,
- un talkie-walkie avec signalement à un central (PC sécurité) s'il se trouve « en position allongée » plus d'un certain temps,
- un scooter adapté pour les déplacements dans le parc.



Aujourd'hui, les déplacements sont de plus en plus difficiles, la marche est très limitée. Son entourage professionnel et le médecin du travail s'inquiètent du risque important de chute lors du passage de la position assis-debout.

Un ergonome du PEP06 a rencontré à deux reprises M.Z dont une fois avec le médecin du travail, le responsable hiérarchique et le PC sécurité.

En lien et en accord avec les médecins spécialistes qui suivent M.Z, un fauteuil électrique adapté est en cours d'acquisition pour permettre son maintien au poste.

CAS n°3

Mme A, née en 1975 (43 ans)

Atteinte d'une coxopathie post traumatique (AVP).

RQTH en cours de validité.

Poste : gestionnaire ressources humaines (poste exclusivement administratif)

HDM : Mme A a consulté le médecin du travail à la suite de douleurs lors de la station assise prolongée. Celui-ci au vu de la pathologie et du poste de travail, a demandé au PPST et à l'infirmière en santé au travail une étude ergonomique du poste de travail.

Après étude des conditions de travail, les solutions suivantes ont été proposées :

- Un bureau électrique à hauteur variable
- Un siège assis debout
- Un coussin gel sur mesure et à mémoire de forme
- Un siège assis genoux

Ces préconisations ont permis de favoriser l'alternance des positions assis/debout pendant le travail.

Ces aménagements ont été financés par le FIPHFP avec l'aide du PHARE.

La technicienne du PPST s'est rendue avec l'agent chez le fournisseur pour choisir et essayer le matériel proposé. Elle a participé à la mise en place du mobilier pour une ergonomie optimale.

A 1 mois, les aménagements ont été réévalués par l'infirmière du PHARE.

Lors de la dernière consultation de médecine préventive, Mme A a évoqué avoir eu une réduction de ses douleurs et de sa consommation d'antalgiques.

Cas N°4 :

Mme B, née en 1965 (53 ans) souffrant d'une arthrose cervicale C4C5 et C5C6 dans un contexte post traumatique, ainsi que de douleurs diffuses au niveau du rachis, de l'épaule droite, des genoux, en lien avec une fibromyalgie.

RQTH en cours de validité.

Poste : secrétaire administrative.

Aménagements : selon prescription du médecin du travail:

- Un fauteuil ergonomique avec les caractéristiques minimales suivantes :
 - Assise réglable en hauteur avec possibilité de régler la pression
 - Accoudoirs amovibles et réglables
 - Dossier réglable en hauteur, en pression et en inclinaison avec renforcement lombaire
 - Appui cervical réglable en hauteur, en pression et en inclinaison
- Une tablette porte-documents plate s'accrochant à l'ordinateur de la boutique du dos ou modèle équivalent.
- Un repose pieds avec possibilité de positions différentes de chaque pied.

Financés par le FIPHFP avec l'intervention du PHARE.

Testés par l'agent avant installation.

Réévalués à 1 mois par l'infirmière du PHARE.

Lors de la dernière consultation de médecine préventive : l'agent n'était pas vraiment satisfaite, les douleurs étaient majorées, la consommation d'antalgiques étaient toujours importantes.

Conclusion : Relative inefficacité des aménagements dans ce cas du fait peut être de la pathologie. Le suivi par le médecin du travail est renforcé.

BIBLIOGRAPHIE

1. Velche D. L'emploi des personnes handicapées. : stratégies suivies dans les pays de l'Union Européennes, Reliance vol n°19, no.1 2006 p86-92.
2. Saliba M-L, Arnaud S, Souville M, Viau A, François G, Verger P. Pratiques et perceptions des professionnels vis-à-vis du dispositif de maintien dans l'emploi : étude qualitative en région Provence-Alpes-Côte d'Azur. Rev DÉpidémiologie Santé Publique. 1 avr 2013;61(2):172-9.
3. L'emploi dans la fonction publique en 2016 - Insee Première - 1691 [Internet]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3368738>
4. Guillemin F, Briançon S, Klein J-M, Sauleau E, Pourel J. Low Incidence of Rheumatoid Arthritis in France. Scand J Rheumatol. 1 janv 1994;23(5):264-8.
5. Fromont A, Binquet C, Clerc L, Moreau T. Épidémiologie de la sclérose en plaques : la particularité française. Rev Neurol (Paris). 1 août 2009;165(8):671-5.
6. Masson E. Épidémiologie des maladies rhumatismales [Internet]. EM-Consulte. Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/article/791531/epidemiologie-des-maladies-rhumatismales>
7. Cherin P. Actualités dans la fibromyalgie. Médecine Longévité. 1 mars 2011;3(1):3-14.
8. Hatzfeld N. L'émergence des troubles musculo-squelettiques (1982-1996): Sensibilités de terrain, définitions d'experts et débats scientifiques. Hist Mes. 15 juin 2006;XXI(1):111-40.
9. Stock S, Vézina N, Seifert AM, Tissot F, Messing K. Les troubles musculo-squelettiques, la détresse psychologique et les conditions de travail au Québec : relations complexes dans un monde du travail en mutation. Santé Société Solidar. 2006;5(2):45-58.
10. Aptel M, Aublet-Cuvelier A, Cnockaert J-C. Les troubles musculosquelettiques du membre supérieur liés au travail. Rev Rhum. 1 déc 2002;69(12):1181-90.
11. Troubles musculosquelettiques (TMS). Ce qu'il faut retenir - Risques - INRS [Internet]. [cité 22 juill 2018]. Disponible sur: <http://www.inrs.fr/risques/tms-troubles-musculosquelettiques/ce-qu-il-faut-retenir.html>
12. Le travail sur écran. Impact sur la santé des opérateurs de saisie dans un organisme d'assurance maladie au Maroc - Article de revue - INRS [Internet]. Disponible sur: <http://www.inrs.fr/media.html?refINRS=ND%202300>
13. Truchot D. Le modèle de Karasek et l'épuisement professionnel : pour une approche contextualisée. Revue santé et vie quotidienne, janvier 2010:26.
14. Stock S, Nicolakakis N, Messing K, Turcot A, Raiq H. Quelle est la relation entre les troubles musculo-squelettiques (TMS) liés au travail et les facteurs psychosociaux ?. Survol de diverses conceptions des facteurs psychosociaux du travail et proposition d'un nouveau modèle de la genèse des TMS. Perspect Interdiscip Sur Trav Santé. 28 mai 2013;(15-2). Disponible sur: <http://journals.openedition.org/pistes/3407>

15. Bertrand L, Caradec V, Eideliman J-S. Devenir travailleur handicapé. Enjeux individuels, frontières institutionnelles, Becoming a disabled worker. Individual issues and institutional boundaries. *Sociologie*. 10 juill 2014;5(2):121-38.
16. Dujin A. Le maintien dans l'emploi des salariés ayant connu la longue maladie. Quelle place dans les stratégies des grandes entreprises en France et en Allemagne ?, Summary. *Prat Organ Soins*. 1 déc 2011;42(1):19-26.
17. Entreprise, Travail et Handicap Prospective 2025 : une étude qui fait date [Internet]. Media expert handicap. 2015 [cité 1 sept 2018]. Disponible sur: <https://www.handirect.fr/entreprise-travail-et-handicap-prospective-2025-une-etude-qui-fait-date/>
18. Micropole. L'Emploi des Personnes en Situation de Handicap dans les collectivités territoriales [Internet]. Hanploi.com. Disponible sur: http://hanploi.com/Hanploi/index.aspx?site=HANPLOI&lang=FR§ion=DETAIL_ACT&page=F_ACTU&&objet=ACTUALITE 1172
19. Surveillance médicale des expositions aux risques professionnels (Sumer) : édition 2003 - Ministère du Travail [Internet]. Disponible sur: <http://dares.travail-emploi.gouv.fr/dares-etudes-et-statistiques/enquetes-de-a-a-z/article/surveillance-medicale-des-expositions-aux-risques-professionnels-sumer-edition-115982>
20. Telwatte A, Anglim J, Wynton SKA, Moulding R. Workplace accommodations for employees with disabilities: A multilevel model of employer decision-making. *Rehabil Psychol*. 2017;62(1):7-19.
21. Schartz HA, Hendricks DJ, Blanck P. Workplace accommodations: evidence based outcomes. *Work Read Mass*. 2006;27(4):345-54.

ANNEXES

VI.6 Annexe 1 : questionnaire de l'étude

Questionnaire agent :

Il est important de savoir que les réponses au questionnaire sont couvertes par la confidentialité.

Elles seront traitées et retranscrites de manière strictement anonyme. Vous avez le droit de refuser de participer à l'étude ou de vous retirer à tout moment sans avoir à en expliquer les raisons.

1) Quel est votre sexe ? Homme Femme

2) Quelle est votre Age ?
 Moins de 25 ans Entre 45 et 55 ans Plus de 65 ans
 Entre 25 et 45 ans Entre 55 et 65 ans

3) Quelle est votre situation familiale ?
 Marié En couple Pacsé
 Divorcé Célibataire

4) Combien d'enfant(s) avez-vous à charge ?
 Aucun 1 2 3 et plus

5) Quel est le dernier diplôme que vous ayez obtenu ?
 Aucun diplôme
 Brevet des collèges, BEPC
 CAP, BEP
 Baccalauréat
 Etudes supérieures

6) Quelle est votre statut dans la fonction publique ?
 Titulaire Contractuel : Autres
 Stagiaire CUI

7) Grades :
 A B C

8) Quelle est votre ancienneté dans la fonction publique ?
 Moins d'un an Entre 1 et 5 ans Plus de 25 ans
 Entre 5 et 15 ans Entre 15 et 25 ans

9) Quelle est votre poste de travail?
 Administratif Technique Culturel Sportive
 Sanitaire et sociale Animation Police municipale Education

10) Avez vous une RQTH (reconnaissance travailleurs handicapés) ou êtes-vous bénéficiaires d'un équivalent?
 Oui Non

Si oui : précisez la date de première reconnaissance:

11) De quel type d'aménagement bénéficiez-vous? (Plusieurs réponses possibles)

- Fauteuil ergonomique
 Aménagement permettant l'accessibilité au poste de travail, précisez : _____
-
- Prothèses, Orthèse
 Auditives
 Mécaniques
 Autres
- Transport adapté Domicile-Lieu de travail
 Parking
 Interprète langue des signes
 Auxiliaire de vie dans les activités professionnelles
 aménagement avec moyen de compensation pour effectuer le travail, précisez : _____
-
- aménagement matériel au poste de travail, précisez : _____

12) Votre aménagement s'est-il accompagné de restriction?

- Oui Non

- Taches _____
 Horaires _____
 Temps de travail à votre poste _____
 Changement de service _____

13) Quel type de pathologie a nécessité cet aménagement ?

- Maladie du système nerveux
 Maladie rhumatismale ou appareil locomoteur
 Malade cardiaque et vasculaire
 Maladie mentale
 Déficit sensoriel
 Cancer
 Maladie invalidante de l'appareil digestif
 Insuffisance respiratoire chronique
 Autres : _____
- _____ après maladie après traumatisme congénital

14) L'aménagement fait il suite à ?

- Un accident de travail sans arrêt maladie
 Un accident de travail avec arrêt maladie
 Moins de 30 jours
 Plus de 30 jours
 Plus de 6 mois
- Un arrêt maladie simple
 Moins de 30 jours
 Plus de 30 jours
 Plus de 6 mois
- Congés longue maladie
 Congés longue durée
 Autres : _____

15) Qui avez-vous consulter en premier intention pour cette demande d'aménagement ?

- Le médecin du travail
 Le médecin agréé
 Le PHARE
 Les assistantes sociales
 Autres : _____

16) L'aménagement mis en place en 2016 est-il toujours en place aujourd'hui?

- Oui Non

Si non y'en-t-il un nouveau ? Oui Non

Si oui précisez : _____

17) L'aménagement vous satisfait-il?

- Tout à fait _____
 Partiellement _____
 Pas du tout _____

18) Depuis l'aménagement et du fait de ma pathologie :

- Je fais exactement le même travail qu'avant
 Je ne fais plus tout à fait les mêmes tâches. Précisez :

Mes collègues ont dû reprendre certaines de mes tâches

19) Depuis que l'aménagement est en place :

- Avez-vous eu de nouveaux arrêts de travail

Si oui combien :

- 1
 2
 3 et plus

Combien de temps ont-ils duré

- Moins de 30 jours
 Plus de 30 jours
 Plus de 6 mois

20) Etaient-ils pour la même pathologie que celle ayant nécessité votre aménagement ?

- Oui Non

21) Depuis l'aménagement, avez-vous consulté de nouveau votre médecin de prévention pour réévaluation ?

- Oui Non

22) Cet aménagement a-t-il eu des effets sur votre consommation de médicaments sur la douleur ?

- Inchangé
 Diminution
 Augmentation
 sans objet

23) A long terme :

- Je pense que cet aménagement me conviendra toujours pour me permettre d’occuper le même poste qu’aujourd’hui.
- Il devra très certainement évoluer en fonction de ma pathologie
- L’aménagement ne me convient déjà plus, il faudrait le réévaluer avec mon médecin du travail
- L’aménagement ne me convient pas et je ne vois pas quel type d’aménagement pourrait me convenir

24) Question ouverte : Trouvez vous que votre employeur est à l’écoute de vos besoins et met tout en œuvre pour adapter votre poste à votre pathologie?

- Tout à fait
- Partiellement
- Pas du tout

Texte libre :

Merci de votre participation.

VI.7 Annexe 2 : plaquette du FIPHFP

Secrétaire – Service prévention et accompagnement social
Ne plus pouvoir exercer son métier, cela a été une frustration, une perte d'estime de soi, on ne se voit pas capable de faire un autre métier. Mais à un moment, si l'on veut retravailler il faut se motiver. J'avais été informée des possibilités que permettait la RQTH surtout en matière d'aménagements. En fait, grâce à elle c'est d'une formation dont j'ai pu bénéficier. Cela a été dur mais on s'accroche et l'espoir a grandi, on est de nouveau motivé. J'ai réussi mon reclassement.

Comptable – Service documentation
Mes handicaps existent depuis très longtemps mais ils sont invisibles. Mon reclassement et mon aménagement de poste eux, ils sont récents. J'ai travaillé des années en étant reconnu travailleur handicapé sans besoin d'aménagement par la collectivité. Et même aujourd'hui, je considère qu'ils sont transparents, c'est ma motivation qui compte.

Assistant gestionnaire administratif et technique – Parc Phoenix
La reconnaissance a de multiples intérêts. Au début, elle a été principalement synonyme de solutions puisque j'ai pu bénéficier d'aménagements techniques pour mon poste de travail. Mais aujourd'hui, elle me permet de me reconnaître moi-même, individu à part entière avec mon handicap. La RTH fait partie de mon identité.

Infirmière – Pôle Handicap et Reconversion
Sans RQTH, je ne travaillerais plus et je serais en revuait pour invalidité. Ensuite, ce sont les collègues et les objectifs qui m'ont permis de m'accrocher.



LA RECONNAISSANCE DU HANDICAP

La Métropole Nice Côte d'Azur,
La ville de Nice
et le Centre Communal d'Action Sociale
se mobilisent

Une question, un conseil ?
N'hésitez pas...

Pôle Handicap et Reconversion [PHaRe]
3, rue Raoul Bosio - 06300 Nice
drh.handicap@nicecotedazur.org
Tél : 04 97 13 39 49
Fax : 04 97 13 20 60
SMS : 06 47 72 48 27

Pôle Action Sociale du personnel
35, rue de Paris - 06000 Nice
04 97 13 26 77 / 26 88

**Maison Départementale
des Personnes Handicapées Alpes Maritimes**
Nice Leader, bâtiment Aniane
27, boulevard Paul Montel
06200 Nice
Tél. : 0 805 560 580
Courriel : contact@departement06.fr
Site web : mdph.departement06.fr



« Mettons en commun ce que nous avons de meilleur, et enrichissons-nous de nos mutuelles différences. »
Paul Valéry


 VILLE DE NICE


 MÉTROPOLÉ
NICE CÔTE D'AZUR

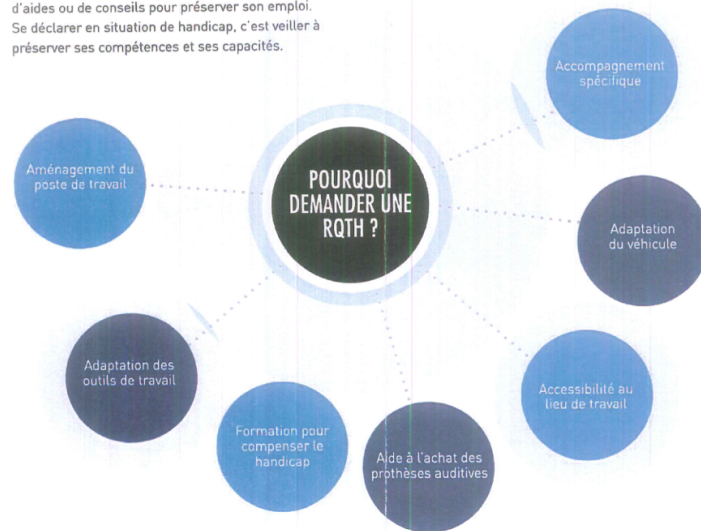

 CCAS
VILLE DE NICE

A qui s'adresse la RQTH ⁽¹⁾ ?

La RQTH peut être attribuée à toute personne exerçant une activité professionnelle mais qui, suite à un accident ou à une maladie par exemple, n'est plus en mesure d'exercer certaines tâches, pour un durée déterminée ou définitive.

Pourquoi faire reconnaître administrativement son handicap ?

Faire reconnaître son handicap permet de bénéficier d'aides ou de conseils pour préserver son emploi. Se déclarer en situation de handicap, c'est veiller à préserver ses compétences et ses capacités.



⁽¹⁾ Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé

« Pour que ma situation de handicap soit prise en compte, il est nécessaire de déclarer mon statut auprès du Pôle Handicap et Reconversion. Cette démarche est strictement confidentielle et permettra à la collectivité de m'accompagner dans mon parcours professionnel tout en facilitant l'accès à des aides techniques »

Comment obtenir une RQTH ?

- Se procurer le formulaire de demande unique auprès de la MDPH ou du Pôle Handicap et Reconversion. Formulaire également disponible aussi dans DOMUS/ SITES METIER/DGA RH Com interne/Notes et Formulaires/Documents Handicap et Reconversion.
- Remplir le dossier et le déposer à la MDPH.
- Cette démarche peut être accompagnée en interne par l'assistante sociale du personnel, le médecin de prévention ou le Pôle Handicap et Reconversion.
- La RQTH est attribuée pour une durée de 1 à 5 ans.
- Demander le renouvellement avant la fin de la validité pour continuer à bénéficier des aides accordées par ce statut.

Responsable du Service Sites d'activités économiques

Accueillir, intégrer un travailleur handicapé dans le Service m'a permis de sortir de la posture protectrice habituelle due à la différence. Avec le recul, l'intégration réussit d'un travailleur handicapé est peut-être l'un de mes meilleurs souvenirs de manager. Elle a bien sûr transformé mes points de vue, mais elle a aussi permis de souder l'Equipe en l'intégrant à une démarche de simplification de procédures complexes. Enfin, elle a surtout créé une volonté de partager le travail, de faire disparaître la complexité de nos tâches et ce, de telle sorte que cet esprit de clarté a perduré depuis. En fait, nous n'avons pas adapté le poste à l'agent pour une question de handicap. C'est notre organisation qui s'est adaptée en fonction des ressources et des compétences de chacun.

VI.8 Annexe 3 : tableau des maladies professionnelles N°57 du régime général :

Affections périarticulaires provoqué par certains gestes et postures de travail



Tableau n°57 du régime général

Régime général tableau 57

Affections périarticulaires provoquées par certains gestes et postures de travail

Tableaux équivalents : RA 39

Date de création : Décret du 02/11/1972 | Dernière mise à jour : Décret du 05/05/2017

DÉSIGNATION DES MALADIES	DÉLAI DE PRISE EN CHARGE	LISTE LIMITATIVE DES TRAVAUX SUSCEPTIBLES DE PROVOQUER CES MALADIES
- A - Épaule		
Tendinopathie aiguë non rompue non calcifiante avec ou sans enthésopathie de la coiffe des rotateurs.	30 jours	Travaux comportant des mouvements ou le maintien de l'épaule sans soutien en abduction (***) avec un angle supérieur ou égal à 60° pendant au moins 3h30 par jour en cumulé.
Tendinopathie chronique non rompue non calcifiante avec ou sans enthésopathie de la coiffe des rotateurs objectivée par IRM (*).	6 mois sous réserve d'une durée d'exposition de 6 mois)	Travaux comportant des mouvements ou le maintien de l'épaule sans soutien en abduction (***) : - avec un angle supérieur ou égal à 60° pendant au moins deux heures par jour en cumulé ou - avec un angle supérieur ou égal à 90° pendant au moins une heure par jour en cumulé.
Rupture partielle ou transfixiante de la coiffe des rotateurs objectivée par IRM (*).	1 an (sous réserve d'une durée d'exposition d'un an)	Travaux comportant des mouvements ou le maintien de l'épaule sans soutien en abduction (***) : - avec un angle supérieur ou égal à 60° pendant au moins deux heures par jour en cumulé ou - avec un angle supérieur ou égal à 90° pendant au moins une heure par jour en cumulé.
- B - Coude		
Tendinopathie d'insertion des muscles épicondyliens associée ou non à un syndrome du tunnel radial.	14 jours	Travaux comportant habituellement des mouvements répétés de préhension ou d'extension de la main sur l'avant-bras ou des mouvements de pronosupination.
Tendinopathie d'insertion des muscles épitrochléens.	14 jours	Travaux comportant habituellement des mouvements répétés d'adduction ou de flexion et pronation de la main et du poignet ou des mouvements de pronosupination.
Hygromas : épanchement des bourses séreuses ou atteintes inflammatoires des tissus sous-cutanés des zones d'appui du coude.		Travaux comportant habituellement un appui prolongé sur la face postérieure du coude
- forme aiguë ;	7 jours	
- forme chronique.	90 jours	
Syndrome canalair du nerf ulnaire dans la gouttière épitrochléo-olécrânienne confirmé par électroneuromyographie (EMG).	90 jours (sous réserve d'une durée d'exposition de 90 jours)	Travaux comportant habituellement des mouvements répétitifs et/ou des postures maintenues en flexion forcée. Travaux comportant habituellement un appui prolongé sur la face postérieure du coude.
- C - Poignet - Main et doigt		
Tendinite.	7 jours	Travaux comportant de façon habituelle des mouvements répétés ou prolongés des tendons fléchisseurs ou extenseurs de la main et des doigts.
Ténosynovite.	7 jours	
Syndrome du canal carpien.	30 jours	Travaux comportant de façon habituelle, soit des mouvements répétés ou prolongés d'extension du poignet ou de préhension de la main, soit un appui carpien, soit une pression prolongée ou répétée sur le talon de la main.



Tableau n°57 du régime général

Syndrome de la loge de Guyon.	30 jours	
- D - Genou		
Compression du nerf sciatique poplité externe (SPE) (nerf fibulaire commun) au col du péroné (fibula) objectivée par ENMG	90 jours	Travaux comportant de manière habituelle une position prolongée en flexion forcée du genou, assis sur les talons ou accroupi.
Hygroma aigu du genou.	7 jours	Travaux comportant de manière habituelle un appui prolongé sur le genou.
Hygroma chronique du genou.	90 jours	
Tendinopathie sous quadricipitale objectivée par échographie. Tendinopathie quadricipitale objectivée par échographie.	14 jours	Travaux comportant de manière habituelle des efforts en charge avec contractions répétées du quadriceps lors de la montée ou descente d'escalier, d'escabeau ou d'échelle.
Tendinite de la patte d'oie objectivée par échographie.	14 jours	Travaux comportant de manière habituelle des mouvements répétés et rapides du genou en flexion contre résistance
Syndrome de la bandelette ilio-tibiale objectivée par échographie.	14 jours	Travaux comportant de manière habituelle des mouvements rapides du genou en flexion et extension lors des déplacements du corps.
- E - Cheville et pied		
Tendinite d'Achille objectivée par échographie (*). (*) IIRM le cas échéant.	14 jours	Travaux comportant de manière habituelle des efforts pratiqués en station prolongée sur la pointe des pieds.
(*) Ou un arthroscanner en cas de contre-indication à l'IIRM (**) Les mouvements en abduction correspondent aux mouvements entraînant un décollement des bras par rapport au corps.		

RESUME

Titre : Evaluation du dispositif de maintien en emploi des agents reconnus travailleurs handicapés de la métropole Nice Cote d'azur et de la ville de Nice.

Introduction : Le maintien en emploi des travailleurs handicapés est un enjeu essentiel pour éviter des situations de désinsertion sociale grave. De par le statut particulier des fonctionnaires, la ville de Nice a développé des moyens pour assurer au maximum le maintien au poste. L'objectif principal de notre étude consiste à évaluer l'efficacité ce dispositif interne de maintien au poste.

Méthode : Nous avons créé un questionnaire et interrogé entre mai et juin 2018 les agents bénéficiaires de l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés de la collectivité niçoise et ayant eu un aménagement au poste de travail durant l'année 2016.

Résultats : Parmi les 28 agents inclus une large majorité a bénéficié d'aménagements en lien avec des pathologies ostéo articulaires ou un déficit sensoriel et les types d'aménagement les plus courants étaient en lien avec ces dernières à savoir des aménagements matériels au poste et des aménagements de compensation du handicap. Dans 93% des cas l'aménagement est toujours en place au moment de l'étude et a donc permis le maintien au poste. 67,9% estiment faire le même travail que leurs collègues et plus de 87% en sont très satisfaits. Le médecin du travail est l'interlocuteur privilégié pour initier un aménagement de poste adapté à la pathologie, c'est lui qui est consulté en première intention dans plus de 50% des cas. Avec l'aide de l'équipe pluridisciplinaire et notamment le PHARE, qui est une particularité niçoise, ils constituent une équipe favorisant ces bons résultats.

Conclusion : Le dispositif de maintien au poste interne à la mairie a fait ses preuves et est considéré comme efficace par les bénéficiaires. Il serait intéressant de comparer nos résultats avec ceux des autres collectivités et de se focaliser plus précisément sur certaines pathologies notamment la pathologie psychique.

Mots clés : maintien en emploi, travailleurs handicapés, acteurs du maintien en emploi, aménagements de poste.



SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.