



HAL
open science

Maintien dans l'emploi au Centre Hospitalo Universitaire de Grenoble Alpes : diagnostic et pistes d'amélioration

Carole Blum

► **To cite this version:**

Carole Blum. Maintien dans l'emploi au Centre Hospitalo Universitaire de Grenoble Alpes : diagnostic et pistes d'amélioration. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02130261

HAL Id: dumas-02130261

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02130261>

Submitted on 15 May 2019

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.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact au SID de Grenoble :
bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

<http://www.cfcopies.com/juridique/droit-auteur>

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>



UNIVERSITÉ GRENOBLE ALPES
UFR DE MÉDECINE DE GRENOBLE

Année : 2019

MAINTIEN DANS L'EMPLOI
AU CENTRE HOSPITALO UNIVERSITAIRE DE GRENOBLE ALPES.
DIAGNOSTIC ET PISTES D'AMÉLIORATION.

THESE
PRESENTÉE POUR L'OBTENTION DU TITRE DE DOCTEUR EN MÉDECINE
DIPLOME D'ÉTAT

Carole BLUM

[Données à caractère personnel]

THESE SOUTENUE PUBLIQUEMENT A LA FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE

Le : 14 mai 2019

DEVANT LE JURY COMPOSE DE

Président du jury :

Madame le professeur Anne MAITRE

Membres :

Monsieur le professeur Vincent BONNETERRE (directeur de thèse)

Monsieur le professeur Dominique PERENNOU

Madame le docteur Isabelle MICHAUD-BAUDA

L'UFR de Médecine de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.

Doyen de la Faculté : Pr. Patrice MORAND

Année 2018-2019

ENSEIGNANTS DE L'UFR DE MEDECINE

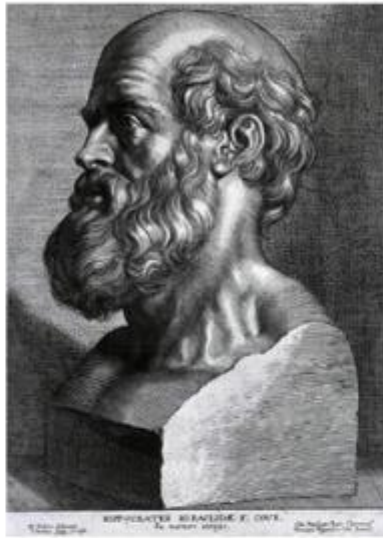
CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	ALBALADEJO Pierre	Anesthésiologie réanimation
PU-PH	APTEL Florent	Ophthalmologie
PU-PH	ARVIEUX-BARTHELEMY Catherine	Chirurgie générale
PU-PH	BAILLET Athan	Rhumatologie
PU-PH	BARONE-ROCHETTE Gilles	Cardiologie
PU-PH	BAYAT Sam	Physiologie
PU-PH	BENHAMOU Pierre Yves	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	BERGER François	Biologie cellulaire
MCU-PH	BIDART-COUTTON Marie	Biologie cellulaire
MCU-PH	BOISSET Sandrine	Agents infectieux
PU-PH	BOLLA Michel	Cancérologie-Radiothérapie
PU-PH	BONAZ Bruno	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie
PU-PH	BONNETIERRE Vincent	Médecine et santé au travail
PU-PH	BOREL Anne-Laure	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	BOSSON Jean-Luc	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	BOTTARI Serge	Biologie cellulaire
PU-PH	BOUGEROL Thierry	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	BOUILLET Laurence	Médecine interne
PU-PH	BOUZAT Pierre	Réanimation
PU-PH	BRAMBILLA Christian	Pneumologie
PU-PH	BRAMBILLA Elisabeth	Anatomie et de Pathologie Cytologiques
MCU-PH	BRENIER-PINCHART Marie Pierre	Parasitologie et mycologie
PU-PH	BRICAULT Ivan	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	BRICHON Pierre-Yves	Chirurgie thoracique et cardio- vasculaire
MCU-PH	BRIOT Raphaël	Thérapeutique, médecine d'urgence
MCU-PH	BROUILLET Sophie	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
PU-PH	CAEN Jean-Yves	Hématologie
PU-PH	CANALI-SCHWEBEL Carole	Réanimation médicale
PU-PH	CARPENTIER Françoise	Thérapeutique, médecine d'urgence
PU-PH	CARPENTIER Patrick	Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire
PU-PH	CESBRON Jean-Yves	Immunologie
PU-PH	CHABARDES Stephan	Neurochirurgie
PU-PH	CHABRE Olivier	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	CHAFFANJON Philippe	Anatomie
PU-PH	CHARLES Julie	Dermatologie
PU-PH	CHAVANON Olivier	Chirurgie thoracique et cardio- vasculaire
PU-PH	CHIQUET Christophe	Ophthalmologie

CORPS	NOM-PRENUM	Discipline universitaire
PU-PH	CHIRICA Mircea	Chirurgie générale
PU-PH	CINQUIN Philippe	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	CLAVARINO Giovanna	Immunologie
PU-PH	COHEN Olivier	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	COURVOISIER Aurélien	Chirurgie infantile
PU-PH	COUTTON Charles	Génétique
PU-PH	COUTURIER Pascal	Gériatrie et biologie du vieillissement
PU-PH	CRACOWSKI Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PU-PH	CURE Hervé	Oncologie
PU-PH	DEBATY Guillaume	Médecine d'Urgence
PU-PH	DEBILLON Thierry	Pédiatrie
PU-PH	DECAENS Thomas	Gastro-entérologie, Hépatologie
PU-PH	DEMATTEIS Maurice	Addictologie
PU-PH	DEMONGEOT Jacques	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	DERANSART Collin	Physiologie
PU-PH	DESCOTES Jean-Luc	Urologie
PU-PH	DETANTE Olivier	Neurologie
MCU-PH	DIETERICH Klaus	Génétique et procréation
MCU-PH	DOUTRELEAU Stéphane	Physiologie
MCU-PH	DUMESTRE-PERARD Chantal	Immunologie
PU-PH	EPAULARD Olivier	Maladies Infectieuses et Tropicales
PU-PH	ESTEVE François	Biophysique et médecine nucléaire
MCU-PH	EYSSERIC Hélène	Médecine légale et droit de la santé
PU-PH	FAGRET Daniel	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	FAUCHERON Jean-Luc	Chirurgie générale
MCU-PH	FAURE Julien	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	FERRETTI Gilbert	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	FEUERSTEIN Claude	Physiologie
PU-PH	FONTAINE Éric	Nutrition
PU-PH	FRANCOIS Patrice	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MCU-MG	GABOREAU Yoann	Médecine Générale
PU-PH	GARBAN Frédéric	Hématologie, transfusion
PU-PH	GAUDIN Philippe	Rhumatologie
PU-PH	GAVAZZI Gaétan	Gériatrie et biologie du vieillissement
PU-PH	GAY Emmanuel	Neurochirurgie
MCU-PH	GILLOIS Pierre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	GIOT Jean-Philippe	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
MCU-PH	GRAND Sylvie	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	GRIFFET Jacques	Chirurgie infantile
MCU-PH	GUZUN Rita	Endocrinologie, diabétologie, nutrition, éducation thérapeutique
PU-PH	HAINAUT Pierre	Biochimie, biologie moléculaire
PU-PH	HALIMI Serge	Nutrition
PU-PH	HENNEBICQ Sylviane	Génétique et procréation
PU-PH	HOFFMANN Pascale	Gynécologie obstétrique
PU-PH	HOMMEL Marc	Neurologie
PU-MG	IMBERT Patrick	Médecine Générale
PU-PH	JOUK Pierre-Simon	Génétique

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	JUVIN Robert	Rhumatologie
PU-PH	KAHANE Philippe	Physiologie
MCU-PH	KASTLER Adrian	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	KRAINIK Alexandre	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	LABARERE José	Epidémiologie ; Eco. de la Santé
MCU-PH	LABLANCHE Sandrine	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
MCU-PH	LANDELLE Caroline	Bactériologie - virologie
MCU-PH	LARDY Bernard	Biochimie et biologie moléculaire
MCU - PH	LE PISSART Audrey	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	LECCIA Marie-Thérèse	Dermato-vénérologie
PU-PH	LEROUX Dominique	Génétique
PU-PH	LEROY Vincent	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie
PU-PH	LETOUBLON Christian	Chirurgie digestive et viscérale
PU-PH	LEVY Patrick	Physiologie
PU-PH	LONG Jean-Alexandre	Urologie
MCU-PH	LUPO Julien	Virologie
PU-PH	MAGNE Jean-Luc	Chirurgie vasculaire
MCU-PH	MAIGNAN Maxime	Médecine d'urgence
PU-PH	MAITRE Anne	Médecine et santé au travail
MCU-PH	MALLARET Marie-Reine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	MALLION Jean-Michel	Cardiologie
MCU-PH	MARLU Raphaël	Hématologie, transfusion
MCU-PH	MAUBON Danièle	Parasitologie et mycologie
PU-PH	MAURIN Max	Bactériologie - virologie
MCU-PH	MC LEER Anne	Cytologie et histologie
PU-PH	MORAND Patrice	Bactériologie - virologie
PU-PH	MOREAU-GAUDRY Alexandre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	MORO Elena	Neurologie
PU-PH	MORO-SIBILOT Denis	Pneumologie
PU-PH	MOUSSEAU Mireille	Cancérologie
PU-PH	MOUTET François	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
MCU-PH	PACLET Marie-Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	PALOMBI Olivier	Anatomie
PU-PH	PARK Sophie	Hémato - transfusion
PU-PH	PASSAGLIA Jean-Guy	Anatomie
PU-PH	PAYEN DE LA GARANDERIE Jean-François	Anesthésiologie réanimation
MCU-PH	PAYSANT François	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	PELLETIER Laurent	Biologie cellulaire
PU-PH	PELLOUX Hervé	Parasitologie et mycologie
PU-PH	PEPIN Jean-Louis	Physiologie
PU-PH	PERENNOU Dominique	Médecine physique et de réadaptation
PU-PH	PERNOD Gilles	Médecine vasculaire
PU-PH	PIOLAT Christian	Chirurgie infantile
PU-PH	PISON Christophe	Pneumologie
PU-PH	PLANTAZ Dominique	Pédiatrie
PU-PH	POIGNARD Pascal	Virologie
PU-PH	POLACK Benoît	Hématologie

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	POLOSAN Mircea	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	PONS Jean-Claude	Gynécologie obstétrique
PU-PH	RAMBEAUD Jean-Jacques	Urologie
PU-PH	RAY Pierre	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
MCU-PH	RENDU John	Biochimie et Biologie Moléculaire
MCU-PH	RIALLE Vincent	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	RIGHINI Christian	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	ROMANET Jean Paul	Ophthalmologie
PU-PH	ROSTAING Lionel	Néphrologie
MCU-PH	ROUSTIT Matthieu	Pharmacologie fondamentale, pharmaco clinique, addictologie
MCU-PH	ROUX-BUISSON Nathalie	Biochimie, toxicologie et pharmacologie
MCU-PH	RUBIO Amandine	Pédiatrie
PU-PH	SARAGAGLIA Dominique	Chirurgie orthopédique et traumatologie
MCU-PH	SATRE Véronique	Génétique
PU-PH	SAUDOU Frédéric	Biologie Cellulaire
PU-PH	SCHMERBER Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	SCOLAN Virginie	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	SEIGNEURIN Arnaud	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	STAHL Jean-Paul	Maladies infectieuses, maladies tropicales
PU-PH	STANKE Françoise	Pharmacologie fondamentale
MCU-PH	STASIA Marie-José	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	STURM Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
PU-PH	TAMISIER Renaud	Physiologie
PU-PH	TERZI Nicolas	Réanimation
MCU-PH	TOFFART Anne-Claire	Pneumologie
PU-PH	TONETTI Jérôme	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	TOUSSAINT Bertrand	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	VANZETTO Gérald	Cardiologie
PU-PH	VUILLEZ Jean-Philippe	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	WEIL Georges	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	ZAOUTI Philippe	Néphrologie
PU-PH	ZARSKI Jean-Pierre	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie

PU-PH : Professeur des Universités et Praticiens Hospitaliers
MCU-PH : Maître de Conférences des Universités et Praticiens Hospitaliers
PU-MG : Professeur des Universités de Médecine Générale
MCU-MG : Maître de Conférences des Universités de Médecine Générale



SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'HIPPOCRATE,

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuitement à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intimité des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Remerciements à :

Pr. Anne MAITRE qui a accepté de présider le jury de cette thèse

Pr. Vincent BONNETERRE pour m'avoir confié le sujet, les conseils et le temps consacré à l'encadrement de ce travail

Pr. Dominique PERENNOU qui a accepté d'être présent en tant que membre du jury

Dr. Isabelle MICHAUD-BAUDA qui m'a éclairée de son expérience en médecine du travail

Nathalie DUVAL (service maladie, DRH du CHUGA) pour la transmission d'informations et de remarques utiles

L'équipe du Service de Santé au Travail du CHUGA :

Christelle DI CIOCCIO (IDE coordinatrice, référente maintien dans l'emploi pour les problématiques de handicap et PDP) pour son implication et son aide notamment sur le tableau de suivi des agents éligibles OETH avec restriction

Aux médecins du service pour les échanges sur les cas les concernant

Aux secrétaires du service qui ont été sollicitées pour préparer des centaines de dossiers

Aux préventeurs du service qui ont été pour moi la mémoire du service

A Sylvette LIAUDY (documentaliste, Infos-Risques, UGA) pour son aide dans le cadre de la recherche documentaire

A Franck BALDUCCI (biostatisticien, Equipe EPSP, UGA) pour l'aide apportée dans la présentation des données et les analyses statistiques

Aux services qui m'ont accueillie pour mes stages d'internats et aux médecins du travail qui m'ont formée.

A mes co-internes pour les bons moments passés avec eux au cours des stages.

Table des matières

1. ABREVIATIONS.....	10
2. INTRODUCTION	12
2.1. Contexte international	12
2.2. Contexte national	14
2.2.1. Acteurs de la PDP	15
2.2.2. Parcours du maintien dans l'emploi dans la FP.....	16
2.2.3. Les principes de lois.....	19
2.2.3.1. Obligation de moyens de l'employeur	19
2.2.3.2. Non-discrimination.....	19
2.2.3.3. Handicap et travailleur handicapé	20
2.2.3.4. Obligation d'Emploi pour les Travailleurs Handicapés (OETH)	21
2.2.4. Pratiques de PDP dans la FPH.....	22
2.2.4.1. Les outils de recensement et de suivi	23
2.2.4.2. La cellule dédiée au maintien dans l'emploi	24
2.2.4.3. Le référent handicap	24
2.2.4.4. Les aides du FIPHFP	25
2.2.4.5. Animation, information, sensibilisation	26
2.2.4.6. Accompagnement de l'arrêt à la reprise du travail.....	27
2.2.4.7. Formation pour anticiper puis permettre la reconversion	31
2.3. Contexte départemental et régional.....	33
2.4. Contexte local : CHUGA.....	36
2.4.1. Initiatives réalisées au début des années 2000.....	36
2.4.2. Organisation actuelle de la PDP au CHUGA.....	37
2.5. Objectif	41
3. METHODE	43
3.1. Recueil des informations sur les situations individuelles.....	43
3.2. Data management.....	44
3.3. Sélection des données utilisées.....	45
3.4. Plan d'analyse.....	45
3.4.1. Description de la population	45
3.4.2. Description des pathologies	45
3.4.3. Description des restrictions.....	46

4. RESULTATS.....	48
4.1. Description de la population	48
4.1.1. Description des groupes éligibles OETH, restrictions d’aptitude, pathologies	48
4.1.2. Motifs pour lesquels les agents ont été classés OETH (information DRH).....	51
4.1.3. Variables démographiques, statut, et métier des agents éligibles OETH	52
4.1.4. Répartition polaire des agents éligibles OETH	57
4.2. Description des pathologies concernées.....	58
4.2.1. Focus sur les pathologies touchant l’appareil ostéo-articulaire	61
4.2.2. Focus sur les maladies du système nerveux.....	65
4.2.3. Focus sur les cancers	65
4.2.4. Focus sur les lésions traumatiques.....	66
4.2.5. Pluripathologie	67
4.3. Description des restrictions d’aptitudes	68
5. DISCUSSION	74
5.1. Principaux résultats	74
5.2. Limites	76
5.3. Perspectives.....	77
5.3.1. Axes prioritaires de réflexion se dégageant de ce travail	77
5.3.2. Liens avec les bonnes pratiques.....	78
5.3.3. Inscription dans un cadre national : participation au projet « maintien dans l’emploi et seconde partie de carrière » porté par l’ANFH	78
6. CONCLUSION	81
7. REFERENCES	84
8. ANNEXES.....	86
8.1. Questionnaire	86
8.2. Glossaire et acronymes des pôles	88
8.3. Grades	89
8.4. CIM-10	89
8.5. Pyramides des âges par grades	94
8.6. Chi2.....	98
8.6.1. Classes d’âges.....	98
8.6.2. Statuts.....	99
8.6.3. Grades	100
8.6.4. Pluripathologie	101

1. ABREVIATIONS

ANFH : Association Nationale pour la Formation permanente du personnel Hospitalier

AT : Accident du Travail

ATI : Allocation Temporaire d'Invalidité

CCAS : Caisse Centrale d'Activités Sociales des [industries électriques et gazières en France](#) (IEG)

CDAPH : Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées

CHUGA : Centre Hospitalo-Universitaire Grenoble Alpes

CIRP : Commission Interdisciplinaire de Réinsertion Professionnelle

CLD : Congé Longue Durée

CLM : Congé Longue Maladie

CM : Comité Médical

CR : Commission de Réforme

DO : Disponibilité d'Office

DRH : Direction des Ressources Humaines

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

FPH : Fonction Publique Hospitalière

GPNC : Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences

MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées

MP : Maladie Professionnelle

OETH : Obligation d'Emploi de Travailleurs Handicapés

OPS : Organisme de Placement Spécialisé

PDP : Prévention de le Désinsertion Professionnelle

PNM : Personnel Non Médical

RPS : Risques Psycho-Sociaux

RQTH : Reconnaissance Qualité Travailleur Handicapé

SAMETH : Service d'Aide au Maintien dans l'Emploi des Travailleurs Handicapés

SST : Santé Sécurité au Travail

TMS : Trouble Musculo-Squelettique

INTRODUCTION

2. INTRODUCTION

2.1. Contexte international

La Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées (CDPH) pose les bases théoriques pour l'égalité des personnes en situation de handicap dans notre société. Il y figure un outil juridique nouveau destiné à soutenir l'emploi des personnes handicapées : la notion d'aménagement raisonnable, dont le refus constitue une discrimination fondée sur le handicap. La CDPH est adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies en 2006 et ratifiée par la France en 2010.

Pour mémoire, en droit américain également, la loi de 1990 « *Americans with Disabilities Act* » (ADA), amendée en 2008, qui s'applique aux entreprises de plus de 15 salariés, prévoit que l'absence d'aménagement raisonnable est une forme de discrimination.

En Europe, la notion d'aménagement raisonnable est appliquée à l'emploi dans l'article 5 de la Directive européenne sur l'égalité de traitement dans le domaine de l'emploi (2000/78).

Chaque Etat-membre comporte une loi spécifique précisant l'application de la non-discrimination pour l'aménagement de l'emploi (RU : DDA en 1995, Allemagne : BGG en 2002, Pays-Bas : WGBh/cz en 2003, Belgique : loi fédérale Mahoux 2003, Espagne : loi 51/2003 LIONDAU, Suède : Lagen 1999 : 132...).

On peut distinguer 4 groupes de pays [1] :

- Un 1^{er} groupe est constitué des pays suivants : Autriche, Danemark, Finlande, Allemagne, Pays-Bas, Norvège, Suède. Ce groupe d'états fait de la prévention et intervient précocement, avec une large responsabilité de l'employeur dans le processus d'aménagement, et une coordination d'équipes pluridisciplinaires. Par exemple en Suède, un employeur doit examiner les possibilités de réinsertion professionnelle d'un salarié malade plus de 4 semaines, ou 6 fois en un an, ou encore qui en fait lui-même la demande.
- Un 2^e groupe : Belgique, France, Islande, Italie, Luxembourg, Suisse, RU. Il a des cadres développés pour l'aménagement (*rehabilitation*) et le maintien dans l'emploi (*return-to-work*), mais une coordination entre les différentes étapes qui reste limitée, débouchant sur une prise en charge tardive à la fin de l'arrêt maladie. La France et le RU ont cependant récemment amélioré cela.
- Un 3^e groupe : Bulgarie, Estonie, Irlande, Espagne, Lituanie, Hongrie, Portugal, Roumanie. Il n'y a pas de coordination et un soutien institutionnel limité pour le maintien dans l'emploi mais pallié cependant par des initiatives ad hoc de la part du gouvernement et/ou d'organisations non gouvernementales (orientation professionnelle pour les personnes handicapées, aménagement de poste après maladie).

- Un 4^e groupe : République Tchèque, Grèce, Croatie, Chypres, Lettonie, Malte, Pologne, Slovénie, Slovaquie. Le cadre d'aménagement de poste et de maintien dans l'emploi est limité, strictement destiné aux personnes reconnues handicapées.

Dans certains pays l'employeur paye longtemps les arrêts maladies (2 ans aux Pays-Bas), ce qui l'incite donc à mettre en place des mesures efficaces de retour à l'emploi.

Certains pays demandent un quota d'obligation d'emploi (6% en France, 7% en Italie, 4% en Autriche).

Dans les pays anglo-saxons, le choix est fait de ne pas mettre de quota et de remplacer l'emploi protégé (en milieu protégé réservé aux travailleurs handicapés) par l'emploi assisté (*supported employment*) qui est fondé sur le principe d'inclusion en milieu ordinaire et comprend un ensemble de mesures économiques et techniques de soutien à la personne handicapée et à l'employeur (par exemple : réductions d'impôts) pendant tout le processus de prise de poste.

Les programmes de maintien dans l'emploi (*return-to-work*) sont tous bâtis sur les mêmes principes, qu'on peut retrouver détaillés par exemple pour les hôpitaux aux USA [2] : devant le taux élevé d'arrêts maladie et d'AT/MP chez les personnels de santé, une revue de la littérature a été effectuée sur les programmes de « Return To Work » (RTW) de ce secteur. Coordonnés par un référent (*RTW case manager*), ils organisent la reprise sur un poste transitoire (généralement pendant 90 jours, pouvant se prolonger si besoin) adapté aux restrictions médicales. La personne est accompagnée par un conseiller d'orientation (*vocational rehabilitation (VR) counselor*), qui peut aider à définir le poste transitoire ou accompagner un projet de reconversion, et un psychologue du travail. Une rencontre entre manager et préventeur est organisée après un AT en prévention des prochains. Pendant qu'il est sur le poste transitoire, le travailleur est payé soit par le manager de son unité d'origine (le plus efficace pour encourager celui-ci à proposer le poste transitoire dans son unité), soit par les RH (fonds séparé), soit par le dispositif de maintien dans l'emploi quand le poste transitoire est jugé encore trop allégé, soit par un fonds centralisé destiné aux AT. Ce poste n'est pas pris en compte dans la mesure de la productivité de l'unité. Dans un des établissements, les coûts économisés ont été calculés et présentés aux administrateurs de l'hôpital (le gain apporté par le travail transitoire, l'économie du versement de compensation d'un AT et des surcoûts de médecin/psychologue/conseiller d'orientation externes), estimés en 2013 à près de 2,5 milliards de \$.

2.2. Contexte national

La Prévention de la Désinsertion Professionnelle (PDP) est une priorité dans les politiques publiques, affirmée dans le troisième Plan santé au travail 2016-2020 (Direction Générale du Travail PST3).

Elle fait l'objet d'une recommandation de l'HAS [3] en février 2019. Celle-ci dresse la liste des facteurs influençant le pronostic professionnel et qui sont à rechercher systématiquement. Ils peuvent être individuels ou bien liés à l'environnement de travail.

Il existe un risque de désinsertion professionnelle en cas d'association de 2 ou plus des facteurs individuels suivants : âge > 50 ans, faible niveau d'études, isolement social ou un manque de soutien social/familial, capacité physique limitée, mauvaise santé perçue, symptôme de détresse, symptomatologie anxieuse et/ou dépressive, surpoids, arrêts de travail antérieurs répétés et/ou prolongés (> 3 mois).

A l'inverse le risque est moindre lorsqu'on retrouve les facteurs individuels suivants : haut niveau socioéconomique, bonne santé perçue, espérance de rétablissement, bonnes capacités fonctionnelles et de travail, espoir élevé de reprise du travail en cas d'arrêt, maîtrise de la langue.

Les facteurs de risque liés à l'environnement de travail sont :

- Une insuffisance de politique au sein de l'entreprise favorisant le retour au travail et le maintien en emploi.
- Les facteurs de risque psychosociaux :
 - une faible latitude décisionnelle associée à des exigences élevées au travail, conduisant à un niveau élevé de stress au travail ;
 - un faible soutien social (de la hiérarchie et/ou des collègues) ;
 - une faible reconnaissance au travail.

L'avis d'experts ajoute les autres facteurs de risque psychosociaux tels qu'ils sont repris par le rapport Gollac :

- intensité et temps de travail,
- exigences émotionnelles,
- rapports sociaux de travail dégradés,
- conflits de valeur,
- insécurité de la situation de travail (incluant l'insécurité socio-économique (peur de perdre son emploi, non-maintien du niveau de salaire, contrat de travail précaire) et le risque de changement non maîtrisé de la tâche et des conditions de travail).

2.2.1. Acteurs de la PDP

En France, la PDP est une mission du service Santé Sécurité au Travail (SST), réaffirmée dans la loi du 20 juillet 2011 (article L.4622-2 du Code du travail) : « les SST conseillent les employeurs, les travailleurs et leurs représentants sur les dispositions et mesures nécessaires afin [...] de prévenir ou de réduire la pénibilité au travail et la désinsertion professionnelle et de contribuer au maintien dans l'emploi des travailleurs ». Les missions d'un SST d'établissement public de soins sont identiques à celles qui ont cours pour les entreprises du régime général des travailleurs salariés (leur organisation est précisée dans les articles [D4626-1](#) et suivants du Code du Travail , mis à jour par le [décret 2015-1588](#) du 4 décembre 2015 relatif à l'organisation et au fonctionnement des services de santé au travail des établissements publics de santé, sociaux et médico-sociaux).

La PDP implique de nombreux autres acteurs avec lesquels le SST (en charge d'entreprises privées ou d'employeurs publics) peut se mettre en relation :

- d'autres médecins (traitant, agréé, expert pour le Comité Médical ou la Commission de Réforme),
- la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) et le Fonds pour l'Insertion des Personnes Handicapées dans la Fonction Publique (FIPHFP) (cf. 1.2.3.3 [Handicap et travailleur handicapé](#) et 1.2.3.4. [OETH](#)),
- l'organisme de bilan de compétences, qui peut réaliser un PSOP (Prestation Spécifique d'Orientation Professionnelle : bilan d'orientation spécifique pour définir un projet professionnel, en tenant compte de la dimension handicap),
- l'organisme de placement spécialisé (OPS), entré en fonction dans chaque département depuis le 2 janvier 2018, qui fusionne Cap emploi « ancienne formule » (chargé spécifiquement de l'insertion des personnes handicapées) et le Sameth (préalablement chargé spécifiquement du maintien dans l'emploi)¹. Les OPS ont parfois été dénommés « Cap emploi- Sameth », puis simplement « (Nouveau) Cap Emploi », avec une nouvelle charte graphique et un logo national qui affiche « Cap Emploi, Handicap, recrutement & maintien »². En pratique, ces OPS travaillent sous convention entre l'État, l'Agefiph, le FIPHFP et Pôle Emploi. Ensemble, ces acteurs définissent des objectifs partagés et une offre de service adaptée dans chaque département, au service des travailleurs handicapés et des employeurs (entreprises privées et organismes publics). Il s'agit donc désormais d'un guichet unique pour accéder aux services d'aide à l'embauche et au maintien dans l'emploi des personnes

¹¹ Liste des OPS au niveau national : <https://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/liste-ops-pdf.pdf>

²² <https://www.agefiph.fr/actualites-handicap/nouvelle-identite-graphique-pour-les-cap-emploi-sameth>

handicapées. L'OPS peut servir de relais pour des prestations financées par l'AGEFIPH pour le secteur privé, ou le FIPHFP pour les organismes publics. L'OPS peut réaliser une première analyse du poste de travail et prescrire pour les travailleurs handicapés diverses prestations comme un PSOP, une PPS (Prestation Ponctuelle Spécifique : expertise sur un handicap spécifique), une prestation EPAAST (Etude Préalable à l'Aménagement et l'Adaptation des Situations de Travail : étude ergonomique pour adapter l'environnement de travail au handicap. Il est désormais acté que chaque personne en situation de handicap sera suivie par un référent unique au sein de son OPS tout au long de ses démarches.

- L'association comme Comète France³ qui accompagne depuis 25 ans les personnes hospitalisées (réseau de 50 établissements hospitaliers) rencontrant une situation de handicap professionnel, dans la mise en œuvre d'un projet professionnel pendant leur séjour en réadaptation,
- et bien sûr l'employeur et la Direction des Ressources Humaines.

2.2.2. Parcours du maintien dans l'emploi dans la FP

Rappelons que les agents de la fonction publique peuvent être fonctionnaires, stagiaires (période probatoire avant titularisation), ou contractuels en CDI ou CDD (de droit public, voire de droit privé). Chaque fonctionnaire appartient à un corps ou un cadre d'emplois classé en catégorie A (bac +3 au minimum), B (niveau bac au minimum) ou C (niveaux inférieurs). Dans ce corps ou cadre d'emplois, il est titulaire d'un grade (et pour mémoire dans ce grade, d'un échelon correspondant à une grille indiciaire qui fait référence pour sa rémunération). Ces grades sont définis dans chacune des fonctions publiques, dont la FPH⁴.

A titre d'exemple :

Classification	Intitulé
Catégorie	A
Corps = Cadre d'emplois	Infirmiers anesthésistes
Grade de recrutement	1 ^{er} grade d'infirmier : 10 échelons
Grade d'avancement	2 ^{ème} grade d'infirmier : 6 échelons

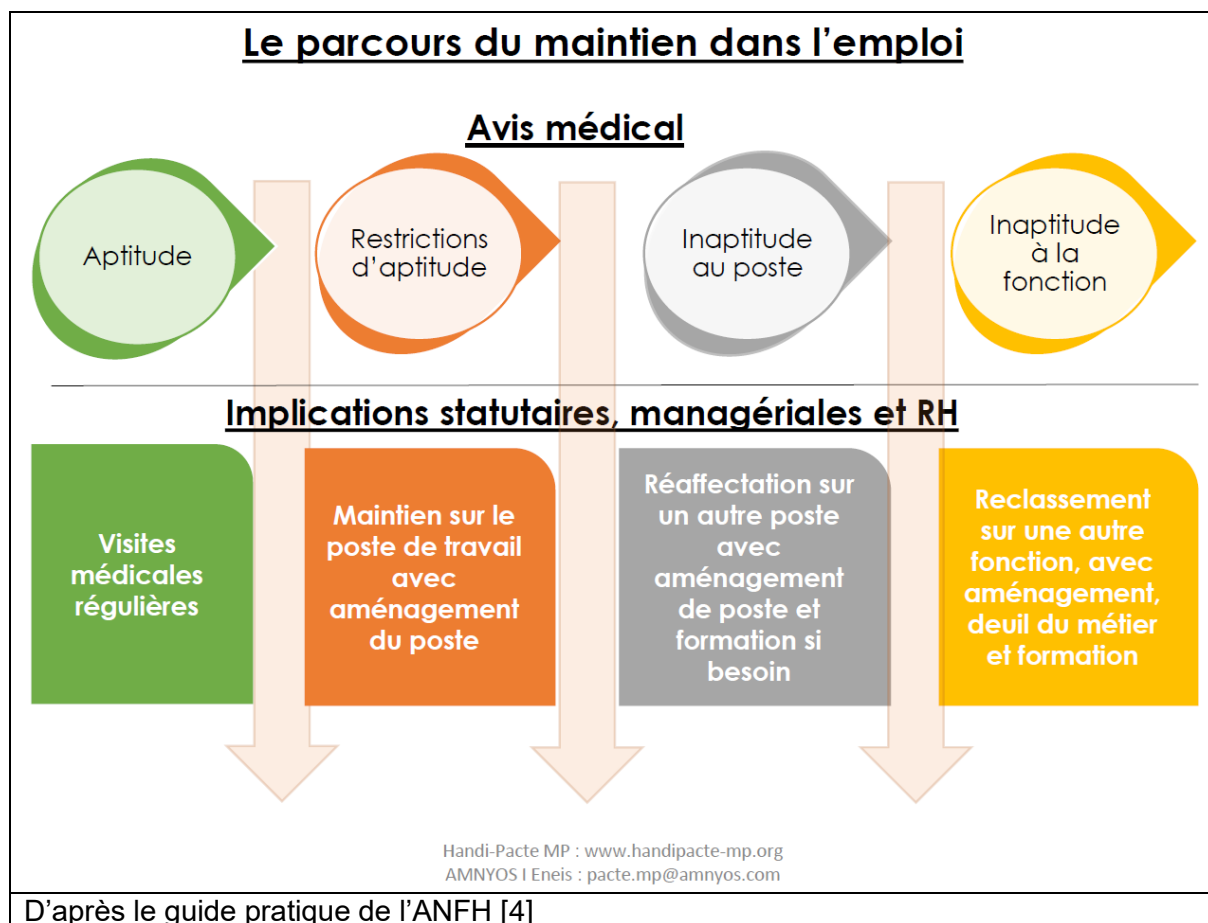
La compréhension de ces notions de corps et de grade est importante pour appréhender les éléments réglementaires relatifs au reclassement des agents fonctionnaires.

³ <http://www.cometefrance.com/>

⁴ liste des corps, grades et échelons : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F12344>

La circulaire du 28 mars 2017 relative au plan d'action pluriannuel pour une meilleure prise en compte de la santé et la sécurité au travail dans la fonction publique affiche deux objectifs (7 et 8) relatifs à la prévention de l'inaptitude et au maintien dans l'emploi.

Sur le volet FPH, l'ANFH a modélisé le parcours de maintien dans l'emploi en distinguant quatre stades de désinsertion professionnelle évalués au cours de la visite médicale et auxquels correspondent des démarches spécifiques.



Les stades distingués par l'ANFH sont les suivants :

1°) Le médecin du travail conclut à une aptitude avec **restrictions fonctionnelles**, ajoutant parfois des propositions d'aménagements. L'employeur doit mettre en œuvre les moyens pour aménager le poste de travail. Il le fait à travers la conception du poste de travail et le choix d'équipements de travail et de méthodes de travail et de production ([art. L. 4121-2 du Code du travail](#)). Le refus éventuel de l'employeur de donner suite aux préconisations du médecin du travail devra être motivé et le CHSCT informé (art. L. 4624-1).

2°) L'employé est déclaré par le médecin du travail, suite à une visite médicale, **inapte au poste de travail. Il peut dans ce cas encore exercer le même métier, mais dans un service ou un environnement différent.** L'employeur doit le réaffecter sur un autre poste en conservant son grade. Cette réaffectation, ou reclassement non statutaire, correspond au « **reclassement suivant l'article 1** » du [décret n°89-376 du 8 juin 1989](#) concernant la FPH⁵.

3°) L'employé est déclaré par le comité médical (ou par la commission de réforme si AT ou MP) **inapte à la fonction.** Il est maintenu en congés/disponibilité d'office le temps que, invité à la formuler par l'employeur, il fasse une demande de reclassement. L'employeur doit alors le reclasser **dans un autre métier que son métier d'origine, sur un autre grade.** Il s'agit du reclassement statutaire, suivant l'article 2 du [décret n°89-376 du 8 juin 1989](#) concernant la FPH⁵.

L'employeur a l'obligation de reclasser l'employé afin de lui proposer la solution de maintien dans l'emploi la plus adaptée dans une logique de proportionnalité ([art. L. 1226-2](#))([art. L. 1226-10](#) pour les AT/MP).

4°) L'employé n'est plus inséré dans l'emploi lorsqu'il est en inaptitude. L'inaptitude peut être temporaire (Congé Longue Maladie, Congé Longue Durée, Disponibilité d'Office pour raison de santé), ou bien définitive à toutes fonctions entraînant la sortie de l'emploi (retraite pour invalidité ou licenciement pour inaptitude).

Afin de favoriser la PDP dans la fonction publique, l'[ordonnance n°2017-53 du 19 janvier 2017](#) va vers une harmonisation avec le privé concernant le TPT et les AT-MP, et prévoit à l'article 9 une « période de préparation au reclassement », dont le [décret](#) d'application est paru le 22 juin 2018 pour la FP d'Etat : l'agent dispose d'une période de 1 an, est rémunéré, et établit avec l'administration un projet de préparation au reclassement prévoyant les actions à mener et les modalités de leur évaluation⁶. Ceci vise notamment à répondre au problème actuel de l'impossibilité pour un agent de suivre une formation pendant un arrêt. Le décret concernant la FPH n'était pas encore publié au moment de la finalisation de ce travail.

⁵ Décret n°89-376 du 8 juin 1989 pris pour l'application de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière et relatif au reclassement des fonctionnaires pour raisons de santé

⁶ <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F549>

2.2.3. Les principes de lois

La PDP peut s'appuyer sur des principes posés par la loi : l'obligation de moyens de l'employeur, la notion de non-discrimination, de travailleurs handicapés et d'obligation d'emploi de ceux-ci.

2.2.3.1. Obligation de moyens de l'employeur

Les employeurs publics et privés ont une **obligation de moyens** pour maintenir dans l'emploi un professionnel en situation de handicap ou de problème de santé mettant en jeu son aptitude. Ils les concilient avec leurs intérêts qui sont la préservation du fonctionnement normal des services sanitaires ou médico-sociaux, l'intérêt de l'entreprise. Ainsi ils n'ont **pas d'obligation de résultat**.

L'obligation de moyens de l'employeur recouvre l'aménagement de poste, puis le reclassement.

Concernant la FPH, ils sont rappelés dans [l'article 71 de la loi de 1986](#) relative à la FPH (étendu par le conseil d'Etat aux agents non-titulaires) : si le fonctionnaire est reconnu inapte à sa fonction, son poste de travail est adapté ou si cela est impossible il peut être reclassé dans un emploi d'un autre corps s'il est déclaré en mesure de remplir les fonctions correspondantes.

Il est considéré que la collectivité satisfait à son obligation de recherche de reclassement en proposant trois postes compatibles avec l'état de santé de l'agent.

Celui-ci doit donc être vigilant car s'il les refuse successivement, il encourt le licenciement ([Cour administrative d'appel de Nancy, 26 janvier 2012, n° 11NC01672](#)). De même, s'il ne manifeste pas signe de vie lorsqu'il est invité à reprendre un poste différent malgré deux mises en demeure, il peut être radié des cadres ([CAA Lyon, 20 mai 2010, n°09LY00576](#)).

2.2.3.2. Non-discrimination

Le principe de non-discrimination en raison du handicap dans le cadre professionnel est posé par [l'article L. 1132-1 du Code du travail](#) : « *Aucune personne ne peut être écartée d'une procédure de recrutement ou de l'accès à un stage ou à une période de formation en entreprise, aucun salarié ne peut être sanctionné, licencié ou faire l'objet d'une mesure discriminatoire, directe ou indirecte (...) notamment en matière de rémunération, de mesures d'intéressement ou de distribution d'actions, de formation, de reclassement, d'affectation, de qualification, de classification, de promotion professionnelle, de mutation ou de renouvellement de contrat en raison de (...) son état de santé ou de son handicap.* » Ce principe est consacré par la [loi n°2005-102 du 11 février 2005](#).

Les employeurs contrevenant au principe de non-discrimination sont passibles de sanctions : 3 ans d'emprisonnement et 45 000 euros d'amende en cas de refus d'embaucher, d'accepter en stage, en cas de sanction ou de licenciement d'une personne en raison de son handicap ou de son état de santé ([art. 225-2 du Code pénal](#)).

Bien sûr, ce principe ne s'oppose pas aux mesures spécifiques favorisant la PDP. Ainsi les différences de traitement sont considérées comme non discriminatoires lorsqu'elles sont fondées sur l'inaptitude constatée par le médecin du travail en raison de l'état de santé ou du handicap ([art. L. 1133-3 du Code du travail](#)). L'[article L. 5213-6 du Code du travail](#) impose aux employeurs de prendre des « mesures appropriées » pour permettre l'accès ou le maintien à l'emploi, et une formation adaptée. Cela peut comprendre des aménagements d'horaires de travail. Cependant la prise en charge par l'employeur se fait sous réserve que les charges consécutives à sa mise en œuvre ne soient pas « *disproportionnées, compte tenu des aides qui peuvent compenser en tout ou partie les dépenses supportées à ce titre par l'employeur* ».

2.2.3.3. Handicap et travailleur handicapé

L'OMS distingue trois composantes dans sa définition du handicap de 1980 :

- la déficience : altération d'une fonction (par exemple une personne malentendante handicapée par un déficit de l'audition)
- l'incapacité : réduction de la capacité d'accomplir une activité (par exemple une personne malentendante handicapée pour entendre les signaux sonores)
- le désavantage social : préjudice résultant de l'incapacité qui limite l'accomplissement d'un rôle (par exemple une personne malentendante handicapée si le poste de travail comprend des informations transmises par signal sonore).

Elle conclut que le handicap ne se limite pas à un problème de santé et nécessite des interventions destinées à lever les obstacles environnementaux et sociaux.

S'en inspirant, la loi française du [11 février 2005](#) pose que : « *Constitue un handicap, au sens de la loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives, ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant.* »

Est définie comme **travailleur handicapé toute personne dont les possibilités d'obtenir ou de conserver un emploi sont effectivement réduites par suite de l'altération d'une ou plusieurs fonctions physique, sensorielle, mentale ou psychique** ([art. L. 5213-1 du Code du travail](#)). La commission mentionnée à l'[article L. 146-9 du Code de l'action sociale et des familles](#), c'est-à-dire la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées

(CDAPH), est chargée de délivrer la Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé (RQTH) après examen du dossier déposé par la personne handicapée auprès de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH).

Si l'agent décide d'informer son employeur de sa RQTH, les avantages peuvent être les suivants :

- l'incitation à la mise en place d'aménagements de poste (qui sont remboursés par le FIPHFP) et à la sécurisation du poste grâce à l'OETH
- en cas de licenciement pour motif économique, en application de l'[article L. 1233-5 du Code du travail](#), la RQTH est un critère pour garder le travailleur, et en application de l'[article L. 5213-9 du Code du travail](#), la durée du délai de préavis est doublée.

On peut noter qu'en pratique, après être informé de la possibilité de cette démarche par le médecin du travail, il arrive que le travailleur refuse de l'effectuer, le plus souvent soit parce que le terme de handicap le renvoie à une image péjorative à laquelle il ne s'identifie pas, soit par crainte d'une réaction négative de la part de l'employeur.

2.2.3.4. Obligation d'Emploi pour les Travailleurs Handicapés (OETH)

La [loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées](#) renforce l'obligation d'emploi des personnes en situation de handicap dans la fonction publique à hauteur de 6 % des effectifs (seuil identique au secteur privé). Les employeurs publics de plus de 20 agents qui ne s'en acquittent pas versent une contribution au Fonds pour l'Insertion des Personnes Handicapées dans la Fonction Publique (FIPHFP). Ce fonds peut financer diverses actions proposées par les employeurs publics.

En pratique l'employeur adresse donc au FIPHFP une Déclaration annuelle Obligatoire d'Emploi des Travailleurs Handicapés (DOETH) qui précise la liste des bénéficiaires employés. Ce sont :

- Les personnes ayant une RQTH attribuée par la CDAPH
- Les personnes victimes d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle (survenue en tant que salarié du régime général) ayant une incapacité partielle permanente (IPP) au moins égale à 10%
- Les personnes bénéficiaires d'une Allocation temporaire d'invalidité (ATI) (c'est-à-dire une invalidité résultant d'un AT avec IPP \geq 10% ou d'une MP avec IPP \geq 1%, survenu(e) en tant que fonctionnaire)
- Les personnes titulaires d'une pension d'invalidité, si celle-ci réduit d'au moins 2/3 leur capacité de travail
- Les personnes titulaires d'une carte d'invalidité

- Les personnes bénéficiaires de l'Allocation aux adultes handicapés (AAH)
- Les personnes reclassées statutairement (ou non statutairement pouvant justifier de l'avis du CM ou de la CR confirmant la nécessité d'un reclassement et de la décision de réaffectation du directeur de l'hôpital)
- Les personnes titulaires d'un emploi réservé
- Les sapeurs-pompiers volontaires victimes d'un accident ou d'une maladie contractée dans l'exercice de leurs fonctions et titulaires d'une rente/allocation
- Les anciens militaires titulaires d'une pension d'invalidité

Selon le rapport d'activité du FIPHFP de 2016, il y a 5,51% de personnes en situation de handicap parmi les effectifs de la FPH. Plus de la moitié des bénéficiaires de l'obligation d'emploi a entre 41 et 55 ans, et plus du quart a plus de 56 ans.

L'enjeu de la PDP est important, sachant que les personnes handicapées ont un taux d'inactivité (57%) et un taux de chômage (19%) deux fois plus élevés que la population générale [5]. Alors qu'il est préconisé que le travail en milieu ouvert, inclusif, soit autant que possible privilégié au milieu protégé (qui par ailleurs n'a plus de places disponibles à offrir), l'accompagnement reste insuffisant et mal coordonné face aux situations de progressive désinsertion professionnelle. Le maintien en emploi est souvent rendu possible par un temps partiel et du télétravail [6].

2.2.4. Pratiques de PDP dans la FPH

Ce sujet a pour spécificité d'être traité principalement par de la « littérature grise », c'est-à-dire que les pratiques des hôpitaux en matière de maintien dans l'emploi ne se retrouvent pas directement dans la bibliographie disponible publiquement.

Il a été prévu d'adresser un questionnaire (cf. annexe 8.1. [Questionnaire](#)) aux médecins du travail exerçant en milieu hospitalier inscrits sur une liste mail de diffusion, afin de connaître leurs pratiques. Ce questionnaire n'a pas été envoyé car un médecin collaborateur de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris a eu la même démarche en juin 2018. Les réponses de 29 établissements, présentées dans son mémoire [7], montrent que la plupart organise une réunion pluridisciplinaire, et un suivi rapproché par le SST qui est jugé comme étant le plus efficace, que la présence d'un référent handicap apparaît comme un atout maître, tandis que les formations complémentaires sont perçues peu efficaces et le niveau de formation initiale insuffisant apparaît comme un frein au retour à l'emploi.

L'efficacité des pratiques de PDP dans la FPH qui ont cours ou qui sont recommandées n'est pas ou peu évaluée. Il est nécessaire pour ce faire de mettre en place un suivi des indicateurs

des situations de maintien dans l'emploi existantes dans l'établissement et d'avoir plus de recul sur ces pratiques qui sont récentes.

Des bonnes pratiques sont recensées dans les établissements et recommandées par la FHF [8], la CNRACL [9], le ministère de la Fonction Publique [10], le FIPHFP notamment via les Handi-Pactes territoriaux (Midi-Pyrénées [11], Champagne-Ardenne [12], Poitou-Charentes [13], etc.), l'ANMTEPH [14], la HAS [3], et au cours de réunions nationales sur la thématique de la PDP (journée « santé au travail » organisée par la FHF, congrès national de médecine et santé au travail [15]).

Ils s'accordent sur l'importance de 3 éléments :

- Le **portage institutionnel** (direction générale et DRH) ;
- La **coordination des acteurs**, afin d'optimiser la prise en charge et d'éviter le caractère délétère des informations et des actions discordantes. Par exemple la HAS fournit au médecin du travail plusieurs modèles de courriers de liaison à remettre au travailleur pour ce dernier, pour la MDPH, pour le service de rééducation, pour le médecin traitant. Un échange précoce avec le médecin traitant est notamment recommandé pour les lombalgies (entre 2 et 3 mois d'arrêt) ;
- La **prévention** (document unique, ergonomie de conception avant construction, analyse post AT, formations des agents pour qu'ils soient polyvalents, qu'ils adoptent une démarche d'adaptation de leur poste de travail, etc.). Par exemple [13] en prévention des RPS, le CH La Rochefoucauld (430 agents) a mis une plateforme de psychologues disponibles 24h/24, réalisant des entretiens anonymes et tenus au secret professionnel, qui transmettent les informations par grandes familles de motifs d'appel. Un autre exemple est le CH d'Argenteuil qui organise une sieste obligatoire pour le travail de nuit, permettant une meilleure vigilance et une diminution du risque d'AT.

Les bonnes pratiques de PDP consistent en la mise en place des dispositifs cités ci-dessous.

2.2.4.1. Les outils de recensement et de suivi

Ils fournissent des indicateurs utiles pour l'évaluation du dispositif de PDP.

La fiche d'absentéisme, remplie par le cadre de proximité et transmise à la DRH, peut permettre de déceler des situations ignorées et d'orienter les agents vers la médecine du travail.

L'établissement d'une cartographie des postes adaptés [14] [4] permet la connaissance des postes à contrainte moindre pouvant être proposés dans les situations de maintien dans l'emploi ainsi que le suivi des agents déjà accompagnés dans ce cadre. Ces postes tendent à disparaître dans un contexte de dépenses contraintes, de sous-traitance, de montée en compétences. Des exemples cités [9] sont : assistance au secrétariat, conciergerie, accueil des familles aux urgences médicales, entrées et sorties des patients, codage des actes médicaux (infirmières et aides-soignantes), numérisation des dossiers des patients, logistique (traitement des commandes...).

Dans l'idéal, cette cartographie sert de tableau de bord et comprend les informations suivantes : nature de la restriction, temporalité, date à laquelle l'agent doit revoir le médecin pour lever la restriction, ... [11].

2.2.4.2. La cellule dédiée au maintien dans l'emploi

Cette cellule (ou commission) répond à un besoin de coordination essentiel [8]. Elle facilite en effet la circulation de l'information et la réflexion pluridisciplinaire, l'implication du cadre et l'anticipation des situations problématiques. On peut aussi lui donner un rôle tourné vers la veille et la prévention [13]. Cette cellule a connaissance des situations individuelles complexes, envisage des mesures pour le maintien dans l'emploi, évalue l'adéquation des inaptitudes avec les postes disponibles, et propose des mobilités professionnelles en fonction des compétences requises. Elle connaît les dispositifs réglementaires relatifs au reclassement. Elle se réunit à échéances régulières. Elle peut également étudier les situations urgentes. Ses membres sont soumis à un secret professionnel strict. Elle doit comprendre des représentants du SST, de la DRH, de la Direction des soins et de l'encadrement. L'agent doit être mis au courant que son dossier est analysé dans la mesure où ont lieu des échanges d'informations administratives, sociales, voire médicales. Il peut être vu au préalable par le service RH puis avoir un retour du référent handicap sur les conclusions de la cellule. Parfois les partenaires sociaux sont invités, mais pour s'assurer de ne pas avoir de problème de confidentialité certains CH (comme à Nancy) ont préféré un retour collectif annuel auprès du CHSCT.

2.2.4.3. Le référent handicap

C'est une personne ressource, de confiance, connue de tous, interlocutrice pivot du dispositif handicap [11].

L'Handi-Pacte Fonction Publique Auvergne Rhône-Alpes propose une fiche de poste du référent handicap qui rattache celui-ci à la DRH, avec pour mission la mise en œuvre de la politique des RH « handicap et maintien dans l'emploi » en coordonnant l'ensemble des

actions relatives à l'insertion professionnelle et au maintien dans l'emploi des personnes en situation de handicap, qu'elles soient internes à l'établissement ou vis-à-vis des acteurs externes.

Il met en place les indicateurs de suivi et d'évaluation, mobilise les acteurs ressources, anime des sessions d'information-sensibilisation et de formation, coordonne la démarche pluridisciplinaire de gestion des situations de restriction d'aptitude, accompagne individuellement les agents en situation de handicap, fait le lien avec le FIPHFP en matière de DOETH et de mobilisation des aides.

2.2.4.4. Les aides du FIPHFP

Elles peuvent être sollicitées via la plateforme prévue à cet effet (site internet) ou via un conventionnement FIPHFP-employeur (effectif > 550 agents). Elles sont listées dans un catalogue d'interventions et regroupées autour des objectifs de l'accès à l'emploi, du maintien dans l'emploi, et de la formation/sensibilisation. Elles sont **soumises à un plafond de 100 000 euros sur 3 ans, et ce, curieusement, sans indexation à la taille de l'établissement.**

Elles peuvent être mobilisées pour :

- les bénéficiaires de l'obligation d'emploi (cf. 2.2.3.4. [OETH](#)),
- les agents reconnus inaptes à la fonction par le CM ou la CR,
- les agents aptes avec restriction, pour certaines interventions prévues au catalogue relatives à l'aménagement de poste de travail et à certaines aides concernant la formation,
- aux agents en DO pour raisons de santé, pour la prise en charge du coût de la formation visant la reconversion professionnelle leur permettant de réintégrer les effectifs.

Les aides proposées pour le maintien dans l'emploi sont :

- les diagnostics (par exemple : bilan de compétence, étude de poste ergonomique),
- les aides techniques (par exemple : prothèses, transports),
- les aides humaines (par exemple : auxiliaire de vie pour les activités professionnelles),
- les aides à la formation (par exemple : formation destinée à compenser un handicap, formation dans le cadre d'un reclassement professionnel, accompagnement et tutorat)
- les aides à la sensibilisation (par exemple : supports de communication).

Le référent handicap mutualisé (RHM) de la région Rhône-Alpes (dans le cadre du partenariat FIPHFP-FHF) se tient à la disposition des établissements pour les conseiller sur tout ce qui a trait à l'emploi des personnes en situation de handicap ou en restriction d'aptitude (DOETH, recrutement, outils de sensibilisation à la question du handicap, etc.).

L'Organisme de Placement Spécialisé (nouveau Cap Emploi) (cf. 2.2.1. [Acteurs de la PDP](#)) étant déjà financé par le FIPHFP, son intervention est « financièrement neutre » pour l'employeur.

2.2.4.5. Animation, information, sensibilisation

Plusieurs supports et moyens de diffusion peuvent être utilisés à cette fin [14][13] :

- Un article dans le journal interne de l'établissement, comprenant par exemple une interview du référent maintien dans l'emploi, et le parcours d'un agent ayant bénéficié du dispositif de maintien dans l'emploi.
- Une icône dans l'intranet renvoyant à des informations.
- Une plaquette communiquée aux agents à l'occasion de l'envoi d'une fiche de paye ou sur la boîte mail nominative professionnelle.
- Une affiche accrochée dans les services par l'intermédiaire des encadrants.
- Une intervention de sensibilisation par le référent maintien dans l'emploi sur les sites.
- L'organisation d'événements spécifiques. Par exemple, le CHRU de Besançon a sollicité un organisme spécialisé dans le théâtre pour jouer des scénettes sur différents thèmes (déficit auditif, visuel, handicap psychique) et ainsi sensibiliser les agents de 11 services. Le CHU de Toulouse [11] a organisé une journée de sensibilisation lors d'un forum social organisé par le DRH, avec un stand animé par la personne chargée du maintien dans l'emploi et la distribution aux agents de dépliants informatifs sur la RQTH.

Il est important de former au handicap les cadres de proximité, qui contribuent à la détection de facteurs d'alerte et à appliquer une démarche de prévention. Les centres hospitaliers de la Charente [13] ont choisi de proposer en interne un module de formation « management et handicap : des clés pour gérer les restrictions médicales » auprès des cadres (en priorité cadres de santé et médicotechnique soit 77 personnes sur 2016) portant sur des notions générales (connaissance du handicap, fonctionnement de la RQTH, solutions techniques ou humaines pouvant être trouvées en interne pour améliorer les conditions de travail de leurs agents) et suivi d'échanges pratiques entre participants des divers établissements hospitaliers. Cette formation, assurée par les intervenants d'un prestataire extérieur (organisme de formation DIXIT), a bénéficié de l'appui financier du FIPHFP dans le cadre d'un conventionnement collectif.

Le FIPHFP peut, à la demande individuelle de tout employeur public, contribuer au financement de supports de communication développés ou utilisés dans le cadre d'actions qui favorisent l'insertion et le maintien dans l'emploi des agents en situation de handicap.

2.2.4.6. Accompagnement de l'arrêt à la reprise du travail

Hors contexte maladie, la FHF [8] conseille d'informer les agents qui vont s'absenter pour congés de maternité/adoption et congé parental sur leurs droits et obligations. Cela peut se faire au moyen d'un entretien conduit par le service RH ou l'encadrement avant le départ, ou bien au moyen de flyers ou courriers d'information. L'information porte sur les conséquences sur la rémunération, la carrière, la retraite, et sur les modalités requises (par exemple, envoyer sans délai l'acte de naissance de l'enfant à la DRH). La période d'arrêt peut être source de démotivation, d'isolement, de désocialisation, ainsi que d'une désorientation avec difficulté à identifier les interlocuteurs. Il est donc recommandé de maintenir le lien agent-employeur.

Pour les professionnels absents pour raison de santé de façon prolongée ou récurrente, l'hôpital peut organiser des **groupes de remotivation** qui leur sont dédiés [8]. Ces groupes de parole, conduits par des professionnels formés à ces techniques, permettent de parler du travail en termes positifs et de valoriser ce que l'exercice professionnel apporte dans l'épanouissement personnel afin de favoriser une réintégration durable.

Le CH de St Quentin invite à la fois les professionnels absents pour raison de santé et ceux qui ont repris, permettant qu'ils se rencontrent et échangent.

Au CHU de Rouen [9], les assistantes sociales proposent tous les 2 mois des réunions d'information collective aux agents en arrêt depuis plus de 90 jours (présentation des incidences sociales et financières des congés pour raison de santé, remise d'un tableau récapitulatif des droits maladie / CLM / CLD / AT/MP / TPT, information sur le CM et la CR, sur la MDPH...). Un autre CH [12] a choisi d'envoyer un courrier pour solliciter un rendez-vous au bout de 60 jours, afin d'anticiper le délai des démarches à réaliser pour saisir le CM en demandant un CLM (permettant de maintenir le plein traitement après 90 jours de maladie ordinaire). Les assistantes sociales du CHU de Rouen offrent aussi un accompagnement personnalisé sous la forme de rendez-vous ou de visite à domicile pendant toute la durée de l'arrêt maladie. Il permet de clarifier le rôle de chaque acteur et d'orienter l'agent par exemple vers une visite de pré-reprise.

Au CHU de Rouen, pour les arrêts supérieurs à 18 mois ou les situations de reprise présumée difficile, il est prévu un **accompagnement infirmier** comportant une visite de pré-reprise en binôme avec le médecin du travail pour élaborer un projet de reprise suivi d'entretiens infirmiers (**CIMCAT : Consultation infirmière de Maintien des Capacités au Travail**). L'infirmière de santé au travail accompagne l'agent dans les différentes étapes : rendez-vous DRH, Direction des soins, encadrement, bilan de reprise.

La visite de pré-reprise avec le médecin du travail, bien que non obligatoire, est importante pour préparer la reprise en lien avec la DRH. La HAS recommande de la promouvoir par tout moyen. A cette occasion **le médecin participe à l'élaboration d'un plan de retour au travail flexible** d'une durée adaptée (en moyenne 3 à 6 mois) **en 3 phases** : **analyse du risque de PDP** (liste de freins à la reprise du travail et leviers pouvant être mobilisés), **mise en œuvre planifiée de mesures identifiées** (bilan de compétences, formation, télétravail, etc.), **suivi et évaluations de l'état de santé et de la situation de travail selon une périodicité convenue au départ** [3].

Au terme de l'examen clinique, une grille d'évaluation des capacités restantes peut être remplie, conjointement avec le cadre, et peut être utilisée pour orienter la DRH à la recherche d'un poste adapté [14]. On peut utiliser une grille généraliste, ou bien des grilles plus détaillées par métier. Un exemple extérieur à la fonction publique est ici présenté.

Évaluation de 1 à 6 >	Contraintes de poste						Restrictions médicales propres à l'agent					
	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
Port de charges												
Station debout prolongée												
Contorsions												
Nuisances sonores												
Nuisances thermiques												
Nuisances chimiques												
Produits allergènes												
Autonomie												
Charge cognitive												
Gestes répétitifs												

1 - Contraintes inexistantes
 2 - Contraintes exceptionnelles et/ou de faible intensité
 3 - Contraintes peu fréquentes et/ou d'intensité moyenne
 4 - Contraintes régulières et/ou d'intensité moyenne
 5 - Contraintes régulières et/ou intenses
 6 - Contraintes continues et/ou intenses

Exemple d'une grille généraliste, également citée par l'ANMTEPH. Tableau extrait du [Guide du maintien dans l'emploi des agents fragilisés par une situation de handicap au travail](#) de la Caisse centrale d'activités sociales des [industries électriques et gazières en France](#) (IEG) (CCAS).

Dans une étude réalisée au CHU de Lyon portant sur les limitations d'aptitude chez les travailleurs lombalgiques [15], les cadres de santé se plaignent de la formulation et la transmission variables des restrictions d'aptitude concernant les TMS, sans mention des capacités résiduelles. Il est vrai que cette évaluation peut être difficile du fait de la douleur et

du manque de consensus. Au CHU de Nancy⁷, le médecin du travail ne marque pas les propositions d'affectation sur le certificat d'aptitude pour éviter de mettre les différents acteurs en porte-à-faux. Certains médecins⁷ encore, ont pris le parti de ne pas écrire les restrictions mais de faire un suivi très rapproché en lien avec DRH et DSI.

La FHF [8] préconise d'organiser une phase de pré-accueil avant la reprise des fonctions après 21 jours d'absence pour raison de santé. Cette phase est préparée en lien avec le médecin du travail qui effectue la visite de pré-reprise. Elle est destinée à faire le point avec la DRH sur la situation administrative, à communiquer des informations de l'encadrement sur les règles du service d'affectation en cas de changement et le planning prévisionnel, à s'informer sur les conditions d'adaptation du poste et le cycle horaire compatible. Elle consiste en un entretien physique ou téléphonique, et la mise en relation le cas échéant avec l'encadrement et l'équipe du SST si besoin d'accompagnement ou d'équipement. L'intéressé pourra formuler une demande de temps partiel, de télétravail ou de reclassement.

Il convient de **sensibiliser le collectif de travail** pour faciliter la réintégration après une absence longue [8][3]. Une réunion avant la reprise doit informer l'équipe de l'identité du professionnel à intégrer, les aménagements de son poste, les restrictions, sous réserve du respect du secret médical et de la protection de la vie privée, et sans pour autant le stigmatiser ou que sa place ne soit remise en cause. **Il est encouragé d'associer l'équipe en lui permettant de proposer des solutions d'organisation** [12].

Le cadre doit lui-même être sensibilisé et préparé à accueillir l'agent, en prenant conjointement avec le service RH et les préventeurs les mesures nécessaires pour aménager le poste. Il joue un rôle important dans l'accompagnement de l'agent en organisant un retour progressif, ainsi qu'à long terme, en faisant un suivi régulier pour s'assurer que la charge de travail est supportable et anticiper toute difficulté, en identifiant ses besoins de formation, en favorisant le partage des compétences et la polyvalence des agents, en gardant le lien pendant les arrêts maladie par un appel téléphonique de courtoisie [10]. Dans cette optique, le CHRU de Nancy ainsi mis à disposition des cadres une formation spécifique : « *intégrer un collaborateur en situation de handicap, manager une équipe composée d'une ou plusieurs personnes en situation de handicap, intervenir dans des situations de maintien dans l'emploi* » [9].

⁷ Echanges au cours de la journée « santé au travail » organisée par la FHF, congrès national de médecine et santé au travail

La FHF [8] préconise d'organiser une phase d'accueil à la reprise des fonctions après des absences longues (par exemple 2 mois) ou récurrentes (par exemple 3) pour maladie. Sous forme d'entretiens, elle permet de faciliter le retour dans le service et de prévenir les absences « évitables ».

- Après une absence longue, il s'agit d'informer la personne des évènements marquants pendant son absence (mouvements de personnels, nouvelles procédures, évolution des projets), des modalités de son remplacement (remplacement par des moyens au sein du service, recours à des heures supplémentaires, à l'intérim, à un professionnel en CDD), qui permettent de lui communiquer sa fiche de poste ou de lui rappeler ses missions, éventuellement lui fixer des objectifs pour la période à venir. Il s'agit également de recueillir ses besoins d'adaptation du poste ou des horaires, ses besoins en formation pour adaptation à l'emploi ou à l'utilisation du matériel. Cet entretien peut aborder les conséquences financières de l'absence (par exemple l'abattement sur la prime de service).
- Après des absences récurrentes, les entretiens recherchent une fragilité nouvelle, une difficulté à faire face au travail, des difficultés relationnelles.

Les entretiens sont conduits par l'encadrement de proximité, l'encadrement supérieur ou un autre professionnel (assistante sociale, psychologue...) dès le retour de la personne. **Il s'agit d'une relation d'aide.** Le format prend la forme d'une trame qui peut être adaptée. L'entretien peut donner lieu à un court compte-rendu signé par les deux participants : par exemple au CH de St Nazaire, une fiche comprenant le parcours professionnel, les restrictions d'aptitude, les freins évoqués par l'agent à sa reprise, les éléments ou actions facilitant son retour, les propositions et plan d'actions.

Ce contrat peut être tripartite, signé par l'agent, le cadre et aussi par le médecin du travail, et officialise les engagements de chacun. La **fiche de poste personnalisée** qui découle de l'aptitude médicale est formalisée par ce contrat moral, notamment lorsque l'aménagement entraîne une redistribution des tâches, et le suivi est réalisé par l'encadrement et le SST pour effectuer les ajustements nécessaires [14]. Plusieurs CHU l'utilisent (« contrat d'engagement réciproque au CHU de Rouen [9], CHU de Toulouse [11]...).

Une reprise débutant en binôme permet un **accompagnement par un collègue tuteur.** Cela rassure l'agent et l'encadrement et facilite l'intégration. Il faut veiller à valoriser la fonction du tuteur [12] [14]. Le suivi de la mise en œuvre des aménagements peut être assuré par l'infirmière de prévention dans le service dès le retour de l'agent. Il est possible que les restrictions d'aptitude persistent dans le temps, et demandent à créer un poste dédié. **Ainsi, le CHU de Clermont-Ferrand [9] affecte des aides-soignants en restrictions sur la**

gériatrie en sureffectif pour aider dans la gestion de la vie quotidienne des résidents (animation, jeux, promenade) ; il s'agit des « poste agent de convivialité » et « poste aides-soignants Plus ». Les tâches sont définies à la carte, le service d'accueil a le choix entre plusieurs personnes pour le recrutement, le cadre du service joue le rôle de tuteur.

Les « dispositifs tremplins » sont des postes pré-identifiés en interne, ou un nombre de postes budgétés, ou des fonctions mis à disposition de façon temporaire aux agents qui se retrouvent dans deux types de situations :

- les agents intégrés dans un parcours de reconversion professionnelle encore mal défini et qui ont besoin de tester de nouveaux métiers avant de s'engager par exemple dans des formations,
- les agents maintenus en arrêt de travail faute de poste adapté, engendrant une double rémunération (la leur et celle de leur remplaçant).

Les postes tremplins sont adaptés au problème de santé et fournissent de bonnes conditions de retour à l'emploi après un arrêt pour raison de santé. Ils permettent de se confronter à différents réalités de travail et d'affiner son projet professionnel. Ils nécessitent un lien entre DRH, encadrement et Direction des Soins pour bien les identifier et les définir, les structurer dans des conventions avec les agents, s'assurer du suivi de ceux-ci avec des bilans réguliers. Si l'agent est éligible, les aides du catalogue du FIPHFP peuvent être mobilisées (aménagement de poste, tutorat, formations...). De plus en cas de conventionnement, ce type de projet pourrait entrer dans la catégorie « innovation (dispositif hors catalogue) ».

2.2.4.7. Formation pour anticiper puis permettre la reconversion

Il est toujours préférable d'agir sur la prévention, avec des formations qui développent les compétences des agents les plus exposés à la pénibilité physique. On peut citer en exemple, hors FPH, [13] les rippeurs qui bénéficient d'une formation de conducteur poids lourds, et effectuent une rotation des tâches. **Un exemple hospitalier est le CHRU de Nancy [9], qui choisit un dispositif de formation de « développement des connaissances académiques » pour anticiper les éventuelles reconversions professionnelles des agents issus de métiers « sensibles ».** D'après la CNRACL, les employeurs estiment qu'il faudrait mettre en place une évaluation des compétences en milieu de carrière.

Lorsque l'agent est en situation de reclassement car il est inapte à son poste, une reconversion professionnelle et une formation adaptées sont nécessaires.

Par exemple, le dispositif du CHU de Nantes s'adressant aux agents en reclassement statutaire [9], mis en œuvre depuis 2016, est organisé exclusivement sur des postes vacants, et les agents, orientés par le Pôle Personnel et Relations Sociales (PPRS), sont prioritaires sur les postes à pourvoir. L'agent est admis après une procédure de sélection (motivation, bilan de compétences) *avec l'appui d'un cabinet conseil externe*. Il s'engage par écrit à respecter les modalités du dispositif et à s'impliquer. Il bénéficie d'une première formation individualisée (remise à niveau) pendant 3 mois, puis d'une formation en alternance dans le futur service de destination pendant 6 mois. Il est accompagné au plus proche (acceptation du changement, présentation des services et visite des locaux, suivi de l'acquisition des compétences nécessaires...). Pendant les 9 mois de formation il est payé par le CHU. Le dispositif a déjà été utilisé pour des ouvriers qualifiés, auxiliaires de puériculture, assistantes sociales et ASH, vers les métiers de standardiste, agent d'accueil, gestionnaire administratif, « admissionniste », auxiliaire de régulation médicale et secrétaire médicale. Des réserves sont émises pour ce dernier poste toutefois car il demande de nos jours une formation plus longue.

Un autre exemple de reconversion suite à une inaptitude est la formation collective pour les aides-soignantes mise en place par l'ANF Poitou-Charente, destinée au métier de secrétaire médicale [13]. Suite à des entretiens préalables et des tests de positionnement qui s'assurent de la motivation et des aptitudes des agents, la formation s'effectue en alternance (2 jours de théorie, 3 jours de pratique), sur une période d'une année de transition correspondant à la durée du deuil de l'ancien métier. Un tuteur référent est choisi dans chaque pôle de secrétariat qui accueille un stagiaire. La formation est qualifiante de niveau baccalauréat, et mène au titre professionnel « assistante médico-social ». Elle bénéficie de l'appui financier du FIPHFP, des employeurs publics de la FPH, et de l'ANFH.

On note pour les soignants qu'il est particulièrement difficile de perdre le contact avec les usagers, aussi leur reclassement doit être accompagné par un travail important sur le deuil du métier [11].

Un partenariat a été établi depuis 2016 entre la FHF et la FAGERH, c'est-à-dire la fédération des établissements de reconversion professionnelle en France. Les Centres de Réadaptation Professionnelle (CRP) sont des établissements médico-sociaux qui proposent notamment des bilans de pré-orientation d'une durée de 8 à 12 semaines pour préciser le projet professionnel, et des formations de reconversion professionnelle pour les travailleurs handicapés. L'entrée se fait sur orientation de la MDPH, le financement est assuré par l'assurance maladie, la personne a le statut de stagiaire de la formation professionnelle (avec poursuite de son traitement par l'employeur, en droit public, mais il existe des aides du FIPHFP). *Le CRP a l'avantage d'offrir un accompagnement personnalisé par une équipe médico-psychosociale en*

plus de l'accompagnement pédagogique. La formation peut se faire pendant un arrêt. Cependant les délais d'attente sont actuellement longs (temps de la décision de la MDPH puis listes d'attente). L'agent doit aussi pouvoir être mobile pour accéder au centre (formations aux métiers administratifs dans la région : Guynemer à Lyon, La Passerelle à Annecy le Vieux, CRP La Mothe à Ht Bocage, CRSP à Clermont Ferrand...).

2.3. Contexte départemental et régional

La politique de PDP est gérée par un Comité Régional de Pilotage et ses acteurs se réunissent autour d'une charte [16]. Visant à l'origine le secteur privé, il a été mis en œuvre une animation territoriale qui facilite les collaborations, aide à orienter les personnes grâce à un accueil téléphonique d'information (INFO SANTE EMPLOI), organise des Cellules Techniques de Maintien dans l'Emploi qui réunissent plusieurs acteurs locaux afin de partager un diagnostic sur les cas complexes. Cette politique est évaluée et redéfinie après 5 ans.

En 2017 **en Isère** [17], de façon globale (concernant le secteur privé et la fonction publique), les arrêts maladie prolongés (de plus de 90 jours) sont au nombre de 15 676, dont 3 476 AT/MP. L'ex SAMETH a suivi 759 dossiers dont 60% de déficience motrice, et 59% de niveau V (BEP, CAP) ; 627 maintiens ont été réussis (taux de maintien de 86%⁸).

Concernant la FP en Isère, on compte 2 719 bénéficiaires de l'obligation d'emploi (33% dans la FPH), qui se composent de :

- 51% de RQTH, 16% d'ATI, 17% de reclassés ou assimilés,
- 64% de femmes,
- un quart de 26-40 ans et la moitié de 41-55 ans,
- 72% de catégorie C.

En Région Auvergne Rhône-Alpes, le taux d'emploi de personnes bénéficiaires de l'obligation d'emploi dans la **FPH** est de 4,97% (d'après Handi-Pacte Auvergne Rhône-Alpes 2017).

Dans la région Rhône-Alpes, l'ARS, ANFH et Unifaf ont fait appel à différents organismes pour travailler sur la gestion et l'accompagnement des personnels en situation d'inaptitude dans le secteur sanitaire et médico-social, afin d'identifier les besoins de formations. Les résultats ont été présentés au cours d'une journée le 8 novembre 2016 à Lyon.

⁸ Nombre de maintiens / nombre de parcours clos sur la période 2017

Une première enquête [18], quantitative, a été réalisée par OpinionWay de septembre 2014 à janvier 2015 par questionnaire envoyé par courrier aux structures des secteurs sanitaire et médico-social cotisant aux **ANFH Rhône Alpes et à Unifaf Rhône Alpes** (ce qui regroupe la fonction publique hospitalière et le secteur privé à but non lucratif).

Elle nous apprend que **les situations d'inaptitude** (prononcées au cours des 3 dernières années) ont concerné 82% des entités juridiques dans la FPH, à hauteur de **3,3% des effectifs**, qu'elles étaient en majorité des inaptitudes temporaires (42%) ou partielles (39%), qu'elles ont touché pour un tiers d'entre elles des agents de moins de 45 ans, et que les métiers concernés ont été surtout les soignants, aides-soignants (31% soit 5% des effectifs) et infirmiers en soins généraux (27% soit 4% des effectifs), puis les ASH (10% soit 4% des effectifs), et autres métiers techniques (blanchisserie, agent d'accueil, jardinier, opérateur logistique, cuisine).

Les inaptitudes constatées ont donné lieu à une mesure consécutive dans 53% des cas. **Pour la FPH elle a consisté dans un tiers des cas en un aménagement des horaires ou rythmes de travail, dans un quart des cas en un aménagement du poste de travail, et pour le reste des cas en aménagements des activités (16%), mise en retraite pour invalidité (14%) et reclassement vers un autre poste (9%).** Ce dernier s'est fait à 93% vers des métiers administratifs. Le principal interlocuteur pour les aménagements ou les reclassements est le médecin du travail (96% des cas), suivi du FIPHFP (60%), de l'ergonome (43%), puis, particulièrement en cas de reclassement, l'ANFH (48%) et le psychologue (42% pour un reclassement contre 25% pour un aménagement). Le référent en charge de la gestion des situations d'inaptitude est le DRH/RRH dans les trois quarts des cas.

Des actions spécifiques de prévention de l'inaptitude sont mises en place par les deux tiers des établissements de la FPH. Le référent en matière de prévention des risques professionnels est le DRH/RRH le plus souvent (43% des cas), ou alors une autre fonction (CHSCT, responsable qualité...) dans les établissements de grande taille. Les actions de prévention dans la FPH sont, pour la prévention primaire, essentiellement orientées vers la **formation** (34% prévention des RPS, 30% gestes et postures, 19% prévention des TMS, 6% Prévention des Risques liés à l'Activité Physique). D'autres actions passent par la mise à jour du document unique, par des campagnes d'information/affichage, par l'analyse des pratiques professionnelles, etc. Pour la prévention secondaire et tertiaire, les actions sont le **reclassement sur d'autres postes** (21%), **l'intervention d'un ergonome** (16%), l'achat d'équipement et d'aide technique (11%), **l'aménagement du poste** (5%). On compte la mise en place de réunion entre DRH, médecin du travail, et équipe dans 12% des cas.

Une seconde étude [19], qualitative, a été menée de juin 2015 à novembre 2016 par Eneis Conseil. Elle consistait à rencontrer les acteurs intervenant sur les situations d'inaptitude dans un panel de 18 établissements de santé (50% FPH et 50% privé), à former des groupes de travail élaborant des fiches pratiques pour les établissements et les agents, à formaliser des préconisations pour les OPCA (Organisme Paritaire Collecteur Agréé, collectant les obligations financières des entreprises en matière de formation professionnelle).

Cette étude présente les obstacles et des bonnes pratiques relevés à différentes étapes :

- L'anticipation des inaptitudes est difficile car elles sont multifactorielles. Certains établissements promeuvent des politiques de mobilités internes, qui restent cependant compliquées.
- La PDP est freinée par les règles statutaires de la FPH qui n'autorisent pas le cumul d'une formation et d'un congé maladie, et les arrêts longs avec une visite de pré-reprise facultative contribuent à une « désocialisation ». Des employeurs maintiennent le lien par courrier personnalisé ou par téléphone, organisent des rencontres RH régulières dans le cadre d'un projet de reconversion professionnelle avec identification des postes pouvant être aménagés qui sont soumis à l'agent, ont un protocole de retour à l'emploi avec une visite de reprise organisée le 1^{er} jour, **et préfèrent à l'arrêt maladie une réintégration en sureffectif.**
- Les procédures statutaires sont peu communiquées en amont, et les personnes en arrêt ont un sentiment de désorientation, avec une difficulté à identifier les interlocuteurs qualifiés et à l'écoute. Pour la FPH, il est possible depuis peu de mobiliser la référente handicap mutualisée.
- Les restrictions d'aptitudes durables peinent à être mises en œuvre, du fait d'un report de charge sur le reste de l'équipe, de la disparition des postes à contrainte moindre qui ne sont pas pris en compte par les tutelles de financement. De nouveaux métiers comme le contrôle qualité peuvent être une option.
- Le reclassement est difficile notamment du fait d'un deuil du métier à réaliser, d'un faible niveau de qualification professionnelle, de la mobilité inter-établissement pouvant être freinée par des refus de recrutement de certains profils de soignants. Certains établissements proposent des stages « journée découverte » d'un métier ou d'un service, ou des « postes tremplins » identifiés pour une affectation temporaire

Suite à cette étude, l'ANFH a fourni un guide pratique [4] contenant des fiches qui fournissent des outils, notamment : un tableau de pilotage des indicateurs relatifs à l'inaptitude, un tableau de suivi des agents, une fiche de capacité ou contraintes, une lettre

d'invitation à formuler une demande de reclassement statutaire, un courrier type d'information sur la RQTH (venant du médecin du travail et venant de l'employeur pour son renouvellement).

2.4. Contexte local : CHUGA

2.4.1. Initiatives réalisées au début des années 2000

Le dispositif de gestion des problématiques de PDP du CHUGA s'est mis en place progressivement avec l'aide de CLACT (Contrats Locaux d'Amélioration des Conditions de Travail), sur certaines thématiques particulières, et a fait l'objet d'une évaluation [20] en **2007**.

- Au niveau du collectif des unités fonctionnelles, et en termes de prévention primaire (diagnostic des contraintes et interventions sur celles-ci), des audits de fonctionnement ont été réalisés par la psychologue du travail qui intervenait sur le terrain pendant environ 20 jours, avec des entretiens semi-directifs (méthode de travail ORSOSA, Organisation des Soins et de la Santé des Agents), puis un rapport était restitué collectivement à l'équipe, des préconisations étaient données et un suivi sur 1 an était réalisé. La prévention des TMS se faisait le plus en amont possible en intégrant ergonomes, psychologue et ergothérapeute aux projets de restructuration ou de conception de bâtiments du CHU, et également par une implication de l'ergothérapeute à tous les niveaux dans les procédures d'appel d'offre pour les matériels concernant les agents. Ceci a perduré depuis.
- Au niveau individuel (prévention secondaire et tertiaire), les agents rachialgiques étaient accompagnés sur le poste de travail et orientés par le médecin du travail en hospitalisation de jour en rhumatologie, soit pour un « module dos » de 5 jours, soit pour un reconditionnement lombaire de 5 semaines.

Les résultats étaient que l'intervention de la psychologue du travail permettait de diminuer les contraintes psychosociales et organisationnelles, et que la prise en charge individualisée des 45 agents rachialgiques était associée à une réduction significative de l'absentéisme de 15 jours (reconditionnement lombaire) à 45 jours (module dos) par agent à 1 an.

Ensuite, deux initiatives ont été prises autour de la gestion des postes :

- La **réalisation d'une cartographie des postes aménagés**, permettant de mieux suivre les agents positionnés sur ces postes, et de lister les emplois qui seraient

adaptés pour une reprise. Les freins rencontrés sont le travail supplémentaire demandé aux services pour remonter cette liste qui devait être actualisée chaque année, associé parfois à la crainte que ces postes souples ne se conforment pas aux standards (de fait ils étaient construits sur mesure pour un agent donné et n'étaient donc pas forcément valables pour le retour au travail d'un autre agent en restrictions d'aptitudes). La discussion avec les cadres autour de ces postes a conduit à réfléchir à ajouter, aux seules restrictions mentionnées sur le certificat, une liste de capacités restantes de l'agent pour son poste, mais cela n'a pas été pratiqué par les médecins du travail, a priori principalement pour une difficulté à estimer ces capacités « dans l'absolu », en dehors d'un projet d'affectation précis.

- **L'utilisation d'un contrat de retour à l'emploi**, cosigné par le SST et la DRH, proposant un poste très aménagé pour le temps de la reprise, avec un accompagnement étroit de l'agent par l'ergonome le jour de la reprise et ensuite en faisant évoluer les tâches vers une absence de restrictions. Cette première version concernait initialement les agents rachalgiques. Elle s'est arrêtée dans un contexte de turn-over des DRH qui n'avaient pas le temps de la valider. Une deuxième version avait été mise en place, particulièrement en cas de RPS, à la demande de l'agent ou de sa hiérarchie, consistant à proposer un poste similaire au poste d'origine dans un autre pôle pour une période de 3 mois avec évaluation chaque mois, le traitement de l'agent étant pris en charge par le pôle d'origine. À l'issue de cette période, le médecin du travail se prononçait sur l'adaptation du poste. Si nécessaire, le contrat pouvait être renouvelé ou non. La Direction du Pôle se prononçait en fonction du résultat des évaluations. A l'issue du contrat, l'agent devait postuler sur un poste vacant du CHU.

Sur le versant de la prévention, suite à la répétitivité de mêmes types d'AT, une démarche d'analyse des AT a été lancée depuis 2013 dans certains services (au premier rang desquels la logistique). Nommée GPAAT (Groupe de Prévention et d'Analyse des Accidents du Travail), elle visait à organiser, dans les semaines suivant l'AT, son analyse en groupe de travail, faisant émerger dans le secteur concerné des propositions d'actions pertinentes.

2.4.2. Organisation actuelle de la PDP au CHUGA

Actuellement, le CHUGA compte 8770 agents, dont 7210 PNM (Personnel Non Médical).

Il est doté d'une commission spécifique de maintien dans l'emploi, la **CIRP (Commission Interdisciplinaire de Réinsertion Professionnelle)**, qui traite des situations de reclassement, de handicap, d'aménagements, de retours à l'emploi *complexes* quelle qu'en soit la cause objective.

La CIRP peut réunir : RH, médecin agréé (ainsi éclairé sur les postes), médecin du travail, infirmier, psychologue, assistante sociale, cadre (invité), représentant d'organisation syndicale du CHSCT (invité mais rarement présent dans les faits). Il n'existe pas de parcours type de l'agent engagé dans le dispositif mais il est nécessairement vu par la DRH et son dossier est discuté à la CIRP pour avoir une orientation vers une formation de reconversion. Une fiche récapitulative est remplie pour chaque cas, résumant l'historique des absences, les droits statutaires, l'historique du dossier, le motif de présentation en CIRP et la conclusion. La CIRP a lieu environ une fois par mois.

Jusqu'à présent, il n'y avait pas de référent handicap. Les démarches administratives de DOETH sont réalisées par la DRH mais cela constitue un temps très partiel sur une autre fonction.

Les prestations du FIPHFP dont les agents ont pu bénéficier depuis le 1^{er} janvier 2017 ont été : l'aménagement du poste de travail, l'accompagnement via des aides humaines (auxiliaire, interprète), la formation des personnes en situation de handicap (bilan de compétences, formation destinée à compenser le handicap ou dans le cadre d'un reclassement).

Il n'existe pas à proprement parler de Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences (GPMC) par rapport aux emplois à forte pénibilité et à la seconde partie de carrière. Les cadres ne sont pas non plus formés pour détecter et alerter sur les situations problématiques.

Le degré de priorité du maintien dans l'emploi est évalué suffisant à 7/10 par les RH⁹.

Le degré de satisfaction du système existant est évalué à 5/10 par les RH⁹.

Il présente comme intérêts : le partage d'informations, la concertation, une meilleure coordination par rapport à l'agent et des positions plus cohérentes, et un début de définition de parcours d'accompagnement de l'agent.

⁹ Information issue du questionnaire (cf. annexe 8.1. [Questionnaire](#)) rempli par le service maladie RH du CHUGA

Ses limites sont : une coordination médecin agréé-SST insuffisante, un système d'information qui n'est pas assez exploité (par exemple l'historique maladie des agents partagé), un dispositif de bilan de compétences inefficace, la délégation de gestion aux responsables polaires nécessitant de privilégier la négociation dans le cadre d'une contrainte globale sur les effectifs, le dispositif reposant sur la confiance entre les acteurs sur la capacité de chacun à respecter les principes communément définis et le périmètre de chacun, la formalisation des procédures à améliorer (aménagement, reclassement), la nécessité de réévaluer toutes les situations d'inaptitude périodiquement.

Le maintien dans l'emploi devient plus difficile du fait de la professionnalisation constante des fonctions, qui requièrent un niveau de qualification plus élevé, et du dysfonctionnement du dispositif de la formation continue, qui, comme dans le secteur privé, ne bénéficie pas suffisamment aux agents les moins qualifiés, bien que les partenaires sociaux soient très impliqués dans sa gestion. Le CPF (Congé Personnel de Formation) se présenterait éventuellement comme un levier, mais il est à craindre qu'il nécessite une capacité à organiser son parcours de formation qui risque de pénaliser ces catégories si la fonction de conseil en orientation professionnelle ne se développe que marginalement.

La majorité des reclassements se fait vers des métiers administratifs dans l'hôpital. De plus grandes possibilités pourraient s'ouvrir s'ils s'effectuaient vers les autres fonctions publiques mais cela n'est pas encore coordonné. Toutefois un reclassement dans la FP d'Etat a dernièrement été réalisé via le projet expérimental « Cap enseignement » lancé par le Handi-Pacte Auvergne-Rhône-Alpes en partenariat avec le Rectorat de Grenoble, qui organise la reconversion d'infirmiers déclarés inaptés vers le métier d'enseignant en lycée professionnel (filiales ST2S et biotechnologie). Le parcours mis en place comprend un stage d'observation d'un mois auprès d'un enseignant tuteur, un entretien par le corps d'inspection de la discipline (IPR), puis soit une mise à disposition (si l'agent arrive à tenir sa classe) avec quelques heures d'enseignement, un tutorat, parallèlement à des stages pratiques et modules de formation (financement FIPHFP), soit le master MEEF M1 et M2 dans le cadre d'un Congé de formation professionnelle (en lien avec l'ANFH), après quoi l'infirmier est détaché pour une année pour occuper un poste vacant d'enseignant. Ensuite il existe un risque de mobilité géographique, qui reste limité cependant car il s'agit d'un poste à profil et le détachement et le statut de Bénéficiaire de l'Obligation d'Emploi donnent des points dans le barème correspondant aux vœux de mobilité de l'agent.

Le recrutement d'une IDE coordinatrice au sein du SST avec fonction de « référent maintien dans l'emploi et handicap du SST » a été organisé. Elle assure le suivi des agents présentant des restrictions, fait le lien entre les différents acteurs de la PDP concernant la gestion de ces situations, et optimise la prise en charge des situations, en développant des nouveaux outils. A titre d'exemple :

- un courrier a été créé, avec accord du CHSCT, pour proposer une visite de pré-reprise aux agents en arrêt depuis plus de 60 jours
- le modèle du certificat d'aptitude a été complété par un champ précisant si la restriction est initiale, ou en prolongation, et la date de fin ou réévaluation prévue, ceci afin d'assurer un meilleur suivi des cas incidents et prévalents.

Le CHUGA a répondu à l'offre régionale de l'ANFH relative à l'accompagnement à la reconversion. Dans le cadre du projet « maintien dans l'emploi et seconde partie de carrière », une formation-action avec ENEIS est prévue, et devrait permettre un diagnostic concerté pour dégager des pistes d'amélioration.

2.5. Objectif

Après avoir rappelé les éléments de contexte propres à la Prévention de la Désinsertion Professionnelle (PDP) au sein de la FPH et du CHUGA en particulier, **l'objectif principal de ce travail est de faire une synthèse descriptive précise (« cartographie ») des situations individuelles à risques concernant le maintien dans l'emploi au CHUGA.**

Ce diagnostic représente une première étape nécessaire à l'optimisation du dispositif de PDP au CHUGA, point jugé prioritaire tant par les RH que par le SST.

METHODE

3. METHODE

3.1. Recueil des informations sur les situations individuelles

La liste des personnels *non médicaux* du CHUGA qui présentent des difficultés sur leur poste en lien avec leur santé et qui sont donc susceptibles d'être considérés éligibles à l'OETH a été remplie en 2016 par les cadres de proximité pour chaque pôle (avec une finalité initiale de déclaration au FIPHFP). Les critères retenus étaient l'existence de restrictions d'aptitude, d'aménagements de poste, d'une RQTH, d'un CLM. Il était précisé pour chaque agent la date de naissance, le statut, le grade d'origine, le grade actuel, l'existence connue d'une RQTH.

Les agents qui peuvent finalement être déclarés OETH auprès du FIPHFP étant ceux qui ont bénéficié soit d'une RQTH, soit d'une ATI soit d'un reclassement professionnel¹⁰, le service maladie DRH a donc complété ces informations.

Le service de santé au travail a saisi l'opportunité de ce travail RH pour réaliser une cartographie des problématiques de maintien dans l'emploi des agents non médicaux du CHUGA. Pour ce faire, ce tableau a ensuite été complété à l'aide d'une recherche (réalisée au cours de l'année 2017) dans les dossiers médicaux du service de santé au travail du CHUGA pour ajouter les variables suivantes : le sexe de l'agent, la nature des restrictions d'aptitude sur le dernier avis d'aptitude, les pathologies, et les changements de poste qui sembleraient avoir été opérés pour restrictions d'aptitude sans présence de reclassement formalisé (nommé « nouveau poste »). La variable RQTH (oui/non) a été complétée par les médecins du travail et par les réponses des agents à un courriel du SST qui leur a été envoyé en 2018. Le nombre total de RQTH ainsi renseigné est donc plus important que celui connu de la DRH à qui certains agents n'ont pas souhaité déclarer leur statut de travailleur handicapé. Cette information est alors restée confidentielle au SST.

Le métier est renseigné par le grade d'origine.

¹⁰ Pour mémoire, parmi les reclassements professionnels, il est d'usage de distinguer :

- Le reclassement statutaire suivant les [articles 71 à 76 de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986](#) (et l'article 2 [décret n°89-376 du 8 juin 1989](#)) se fait dans un autre grade et suite à la présentation d'une demande de l'agent.
- Le reclassement non statutaire suivant l'article 1 du [décret n°89-376 du 8 juin 1989](#) se fait après avis du médecin du travail ou du CM, dans un poste correspondant au même grade et permettant à l'agent d'assurer ses fonctions.

3.2. Data management

Le tableau a été mis en forme afin d'être compatible avec une analyse quantitative des données.

À partir des dates de naissances des agents, leur âge en 2018 a été calculé et donné par classes (25 ans ou moins, puis tous les 5 ans, jusqu'à 61 ans ou plus).

Les différentes abréviations renseignant le statut ont été recodées (C = contractuel, S = stagiaire, T = titulaire).

Les **grades**, également remplis sous la forme de différentes appellations et abréviations de métiers ou grades, ont été codifiés et regroupés entre eux pour obtenir les 11 classes suivantes : AS, ASH, IDE, Ouv, Adm, MER, Sage-Femme, Cond Amb, Labo, Autre (cf. annexe 8.3. [Grades](#)).

Un premier classement a été effectué en fonction de la présence ou non de **restrictions** sur le dernier avis d'aptitude. Lorsqu'elles sont mentionnées, elles **ont été réparties en 10 catégories** :

- contre-indication au travail sur un secteur ou plusieurs
- contre-indication à un travail avec charge mentale et/ou émotionnelle élevée
- contraintes horaires (que ce soit un rythme de repos à respecter, des horaires particuliers et/ou fixes, une limitation ou contre-indication au travail de nuit)
- limitation ou contre-indication au travail de nuit seulement (qui est donc un sous-ensemble de la restriction précédente)
- contre-indication à l'exposition à un produit
- contre-indication au travail en ambiance thermique froide
- contre-indication à la conduite de poids-lourds
- limitation ou contre-indication de manutention
- contre-indication à des gestes ou postures
- autre : 4 restrictions n'ont pas pu être classées ci-dessus ; il s'agit d'une contre-indication à la conduite de voiture manutentionnaire dans l'hôpital pour un ouvrier, la contre-indication au travail direct avec les patients pour un ASH, la préconisation d'un bureau seul pour un agent administratif, la préconisation d'un poste de travail où la température est inférieure à 33°C (période de canicule) pour un autre agent administratif.

Les **pathologies** quant à elles ont été codées suivant la classification CIM-10 (cf. annexe 8.4. [CIM-10](#)).

3.3. Sélection des données utilisées

Les données RH (agents qualifiés de « en restriction d'aptitude ») ont été comparées avec les données des dossiers du service de santé au travail, en particulier 1) les avis d'aptitude (présence ou non de restrictions, et leur nature), 2) la présence de pathologies, aiguës ou chroniques, pouvant interférer avec la bonne réalisation de l'activité professionnelle. En fonction des questions posées, on fera appel à l'un de ces (sous-)groupes.

3.4. Plan d'analyse

S'agissant d'une cartographie des situations compatibles avec l'OETH et des restrictions d'aptitude, des analyses descriptives simples ont été réalisées (logiciels Excel et SPSS pour les tests statistiques du chi²).

3.4.1. Description de la population

Les deux sous-groupes sont décrits en détail sous la forme d'un flow-chart.

La totalité de la population est décrite relativement à ses caractéristiques démographiques, de métier, de distribution polaire.

3.4.2. Description des pathologies

Le sous-groupe avec pathologie identifiée au sein du dossier médical de santé au travail bénéficie d'une analyse par code CIM10.

À noter que les pathologies psychiatriques (F00-F99) sont en majorité des dépressions qui sont mentionnées dans le dossier et dont le diagnostic peut être plus ou moins fermement établi.

Des focus ont été faits sur les pathologies les plus nombreuses, ou associées à des restrictions ayant des conséquences sur l'organisation du service en termes de gestion de planning et de personnel.

Ces focus ont porté sur les pathologies de l'appareil ostéo-articulaire, les pathologies du système nerveux, les cancers, les lésions traumatiques.

Sont décrites les principales restrictions décidées par le médecin du travail en fonction du couple pathologie x poste.

Les comorbidités ont fait l'objet d'un test du χ^2 pour chercher des associations de pathologies.

3.4.3. Description des restrictions

.
Un focus est fait sur les différents types de restriction en décrivant les grades et pathologies concernés.

RESULTATS

4. RESULTATS

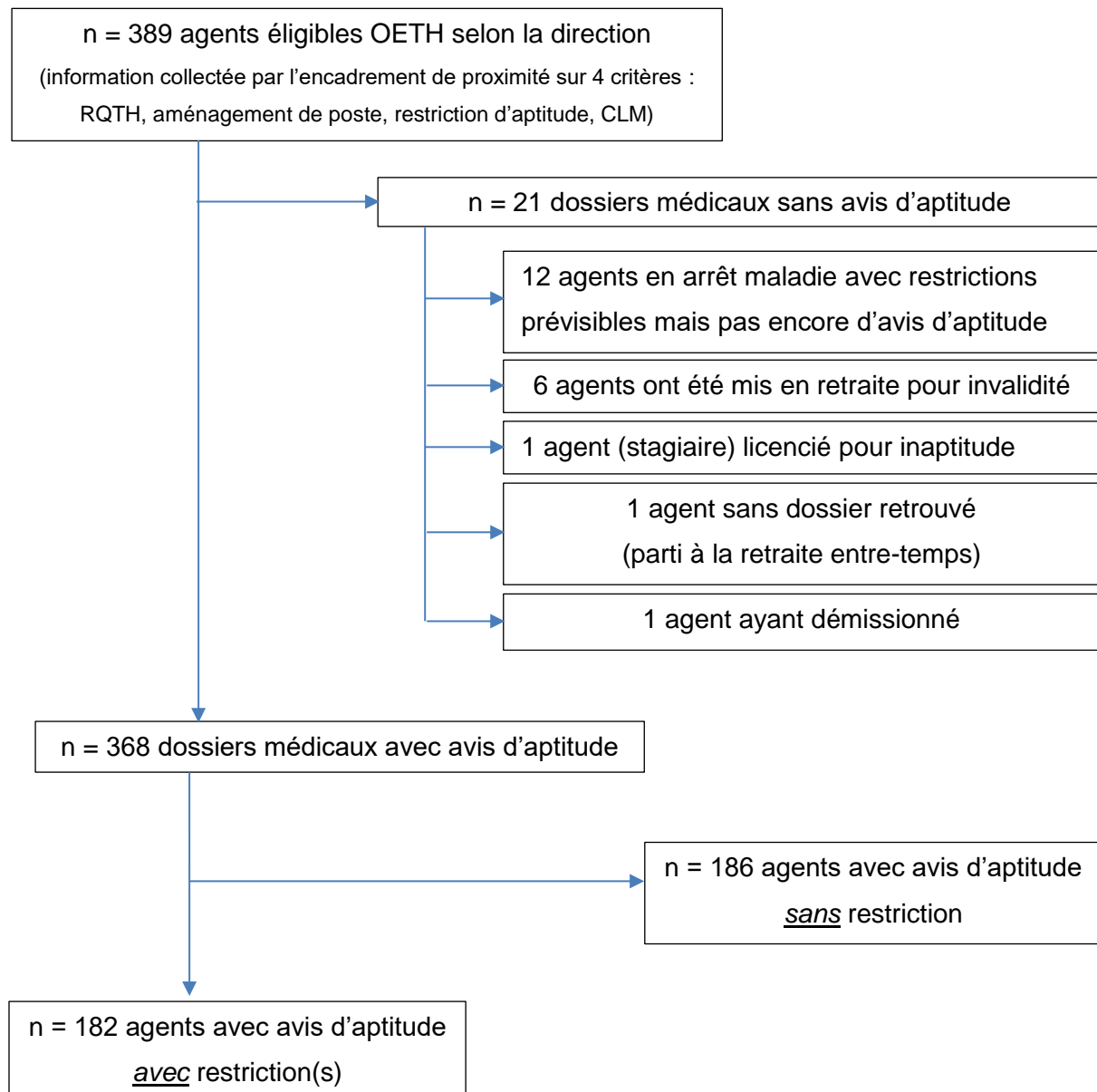
4.1. Description de la population

4.1.1. Description des groupes éligibles OETH, restrictions d'aptitude, pathologies

Selon les données RH, le nombre d'agents qualifiés d'éligibles OETH était de n=389 agents, soit 5,4% de l'effectif total du CHUGA.

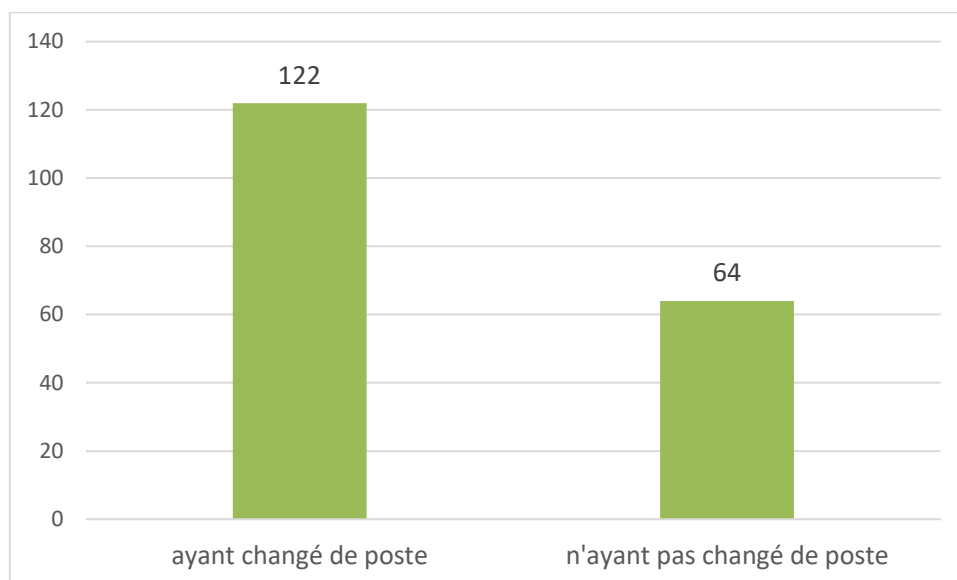
Cependant, après recoupement avec les dossiers médicaux, seuls 182 agents présentaient un avis d'aptitude avec restriction sur leur poste actuel (Figure 1).

Figure 1. Diagramme de flux concernant les restrictions d'aptitude



La moitié des avis d'aptitude n'ont pas de restriction alors que ces agents ont été désignés éligibles OETH par les cadres. Les deux tiers des agents n'ayant aucune restriction d'aptitude ont eu un changement de poste (Figure 2). On suppose que cette information est conservée par les cadres qui doivent continuer à en tenir compte dans leur organisation.

Figure 2. Dénombrement des agents sans limitation d'aptitude ayant eu un changement de poste (=186)



Le retour aux dossiers a permis de mieux décrire la situation des 64 agents considérés par la direction comme éligibles OETH, malgré l'absence de restriction d'aptitude sur le dernier certificat médical, et l'absence de changement de poste récent. (Figure 3).

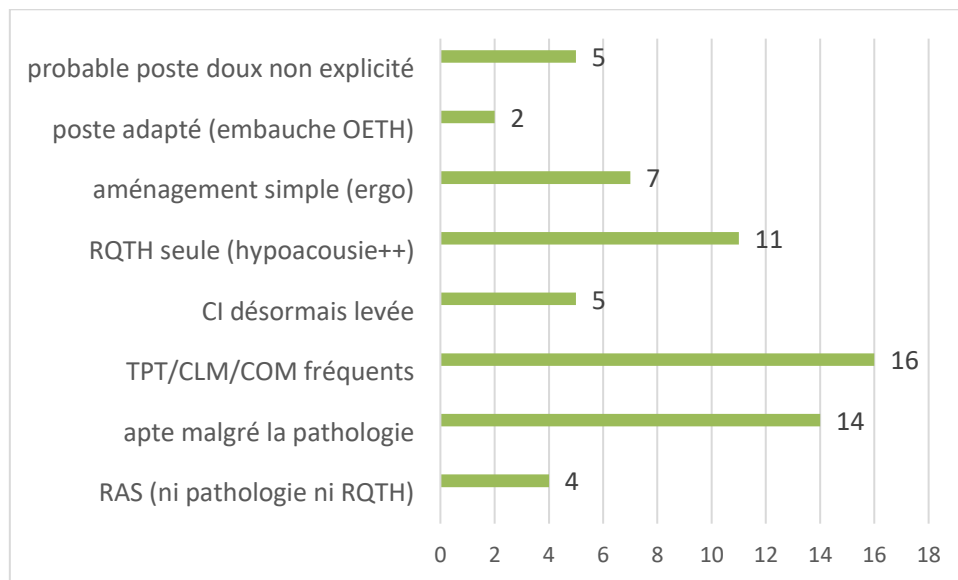
Une grande partie d'entre eux se voit obligée de fractionner son temps de travail par un absentéisme important (n=16 soit un quart) avec recours fréquent aux COM, TPT voire CLM). Plus d'un cinquième sont aptes malgré la pathologie d'après le médecin mais ne sont pas perçus ainsi par le cadre.

Plusieurs situations correspondent seulement à la mention d'une difficulté passée, ou ne devraient pas actuellement causer de difficulté sur le poste : mention du statut RQTH (« RQTH seule », c'est-à-dire qui n'aurait pas de répercussion sur le poste), poste aménagé dès l'embauche pour être dédié à un OETH, aménagement simple (conseil ou équipement ergonomique, de bureautique le plus souvent), restriction temporaire qui a été levée (ex.: abaissement du seuil de la dose reçue pendant la grossesse des MER). Pour 5 agents, le poste semblerait avoir un faible niveau de contraintes physiques (« probable poste doux ») et

le passage à un autre poste du même grade pourrait être pressenti par le cadre comme potentiellement difficile.

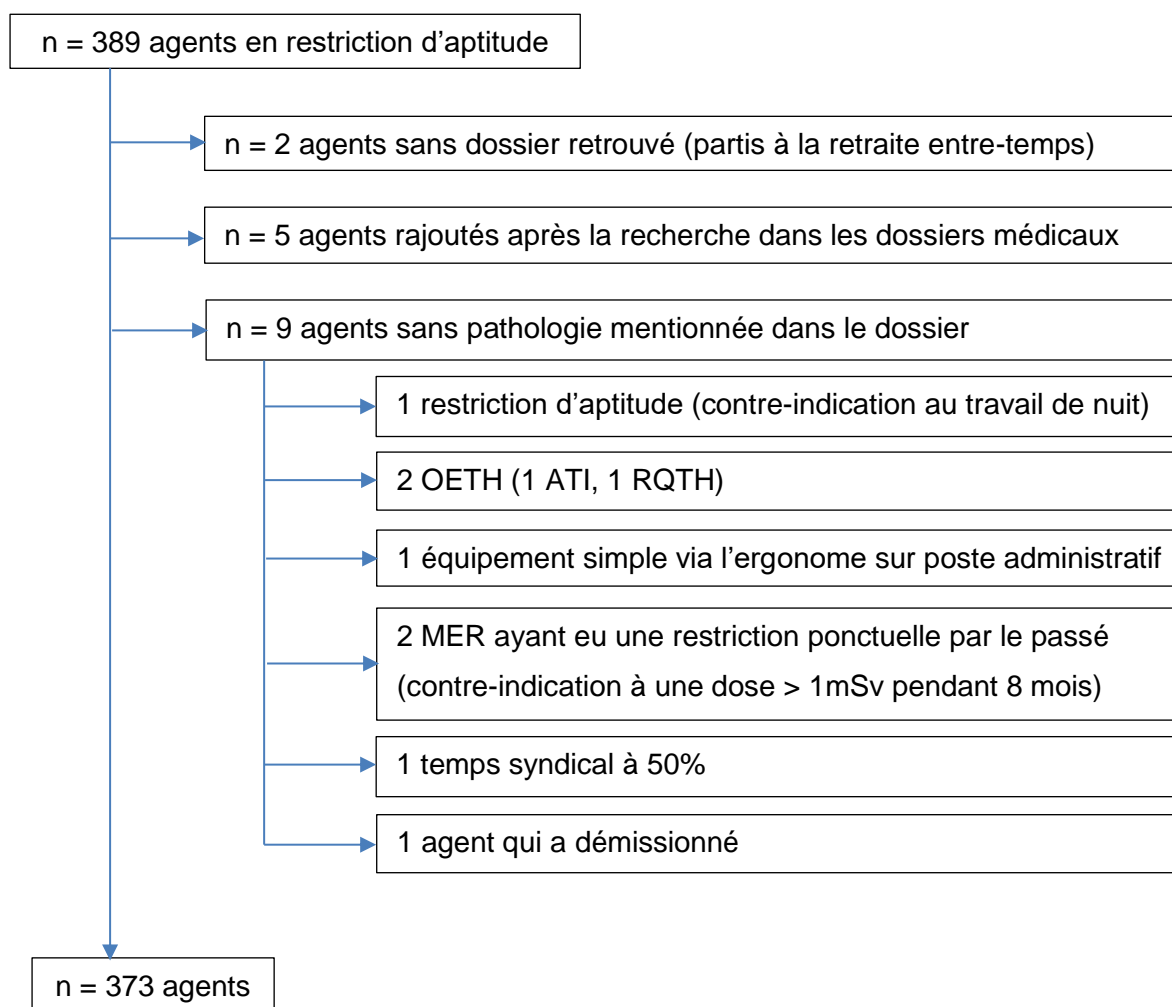
Pour 4 agents, la justification n'a pu être obtenue à partir du dossier de santé au travail.

Figure 3. Situation professionnelle des agents considérés éligibles OETH sans limitation d'aptitude et sans changement de poste (n=64)



Concernant l'existence d'une pathologie pouvant interférer avec le travail, et mentionnée au sein de leur dossier médical de santé au travail, seuls 373 cas parmi les 389 agents ont pu être renseignés (Figure 4).

Figure 4. Diagramme de flux concernant les pathologies :

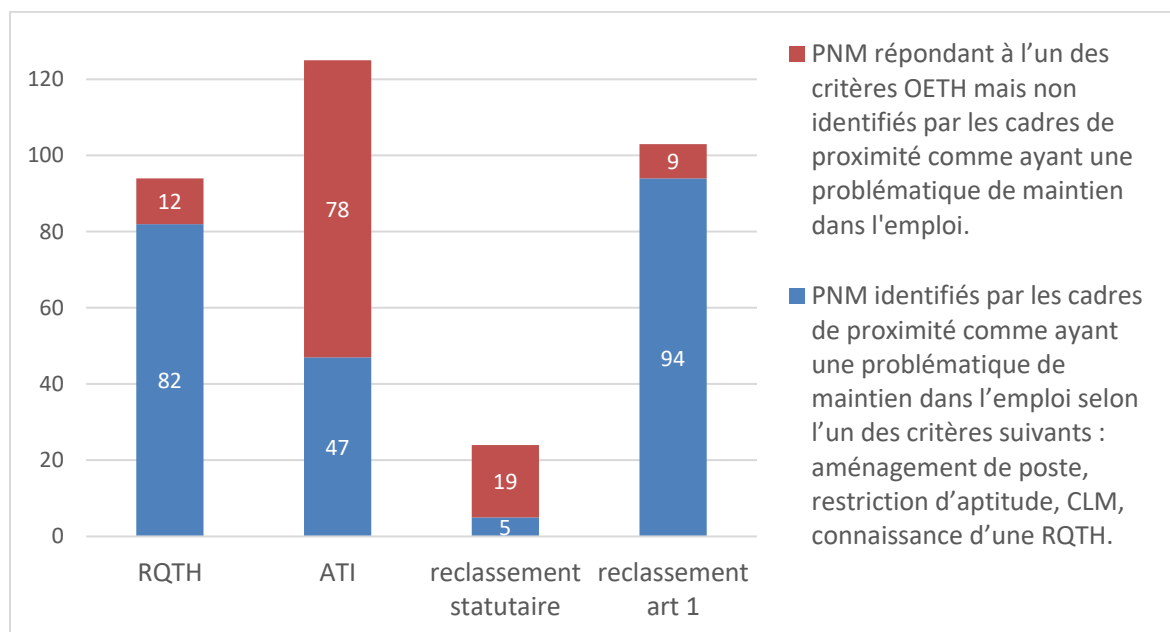


4.1.2. Motifs pour lesquels les agents ont été classés OETH (information DRH)

Parmi les 389 agents susceptibles d'être éligibles OETH selon la direction, seuls 258 (soit 66%) peuvent finalement être reconnus comme tels par le FIPHFP selon les critères réglementaires. La majorité sont des RQTH et des reclassements suivant l'article 1.

Inversement, des agents du CHUGA pouvant être reconnus OETH par le FIPHFP n'ont pas été identifiés, par l'encadrement de proximité, dans le groupe des agents posant une problématique de maintien dans l'emploi : ce sont principalement des reclassements statutaires et des ATI (agents indemnisés pour séquelles d'AT ou MP) (Figure 5).

Figure 5. Mise en évidence des agents répondant à l'un des critères OETH (information service maladie DRH), mais pour autant non identifiés par l'encadrement de proximité comme ayant une RQTH ou posant une problématique de maintien dans l'emploi.



Les agents ne sont comptés qu'une seule fois OETH : s'il ont une RQTH ou à défaut une ATI ou à défaut un reclassement statutaire ou à défaut un reclassement selon l'article 1.

A noter, 30 agents ont une RQTH connue seulement du SST.

En conclusion, la majorité des reclassements statutaires (79%) n'ont donc pas (plus) de restriction d'aptitude ou de difficulté sur leur poste, tandis que la majorité des reclassements dans le même grade (art 1) (91%) conservent des restrictions d'aptitude ou des difficultés sur leur poste.

4.1.3. Variables démographiques, statut, et métier des agents éligibles OETH

En résumé, on trouve une majorité de femmes (Figure 6), de titulaires (Figure 8) et d'Aides-Soignants (environ un tiers) (Figure 9). Quel que soit le sexe, leur nombre augmente avec l'âge. La moitié a entre 51 et 60 ans.

Si l'on compare les agents éligibles OETH à tout le personnel, on peut noter que :

- La proportion des agents devient supérieure à partir de 41-45 ans (Figure 7).
- Des grades sont sur-représentés : AS (1,6x), Ouv (1,9x), ASH (1,9), MER (1,7x), Sage-Femme (2x), Cond Amb (3x). (Figure 9).
- Les grades IDE et Adm sont moins représentés (0,5x et 0,6x). (Figure 9).

Figure 6a. Pyramide des âges des 389 agents non médicaux éligibles OETH selon la direction

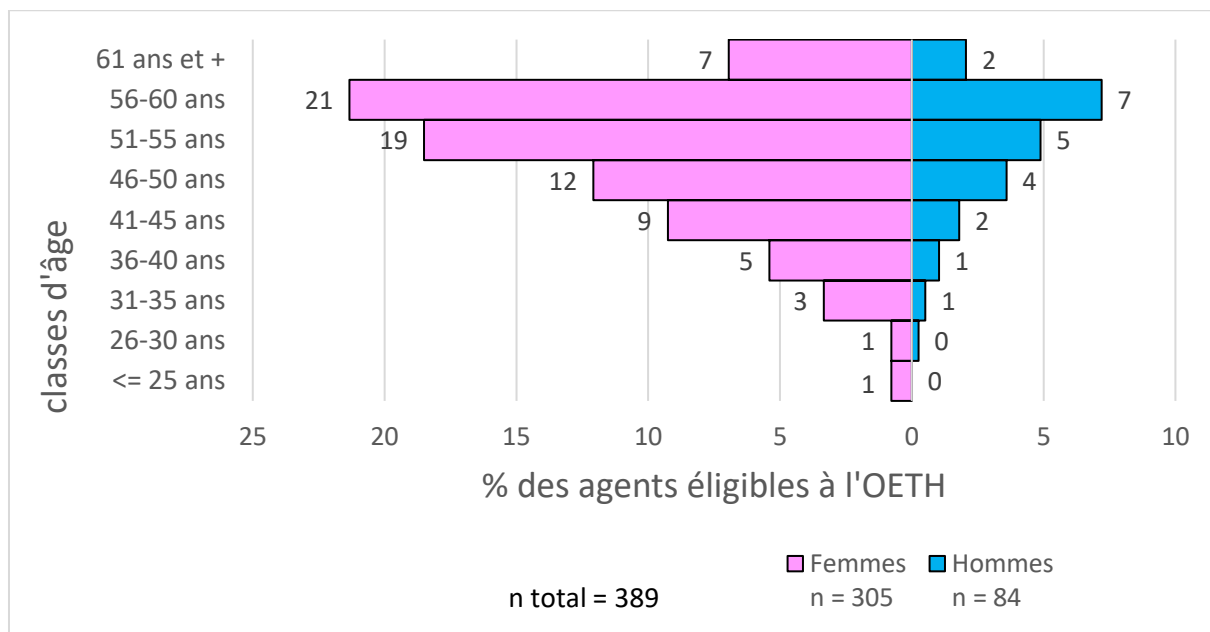
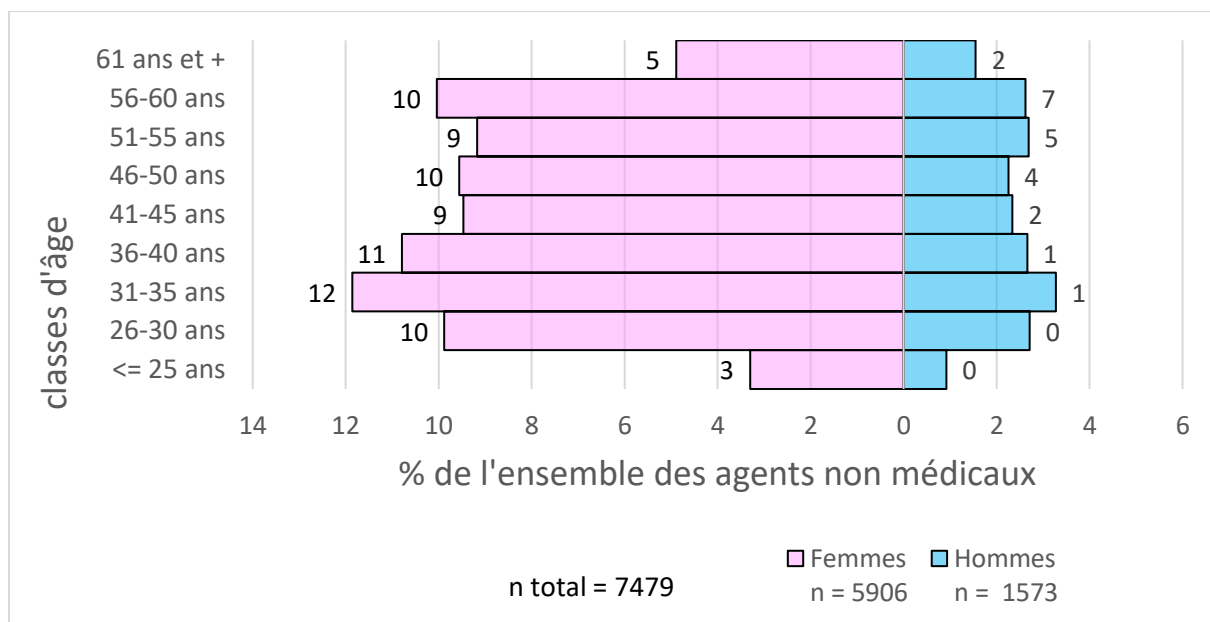
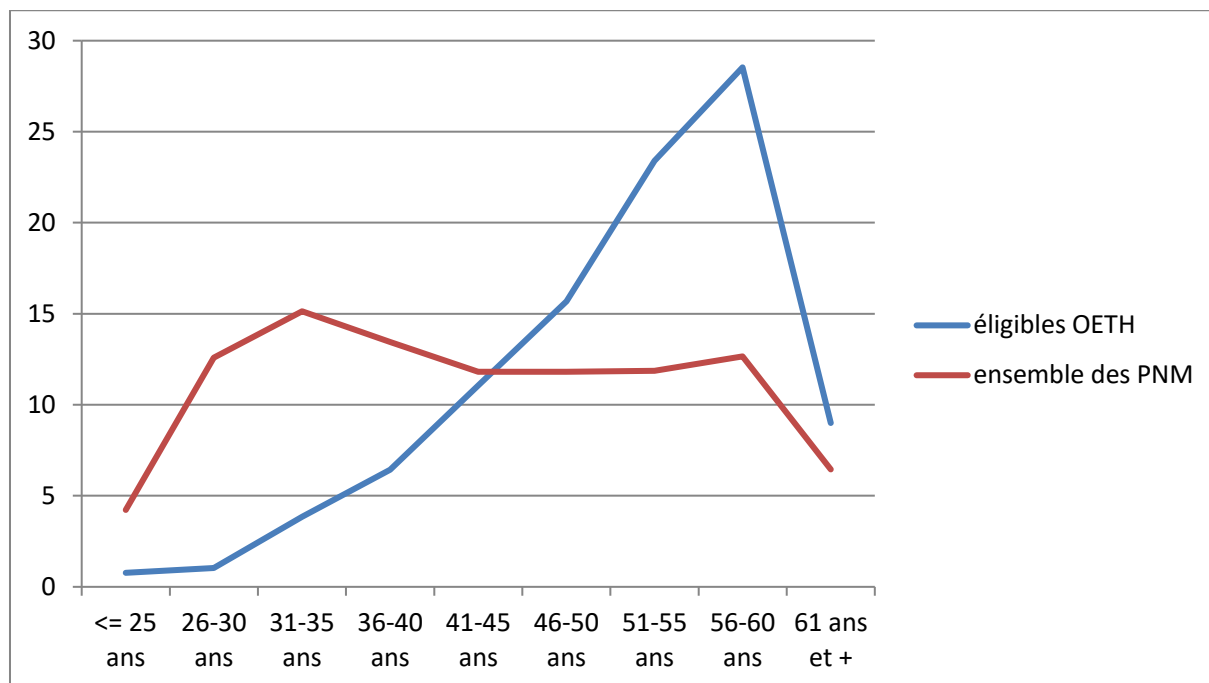


Figure 6b. Pyramide des âges de l'ensemble des 7479* agents non médicaux



*chiffre recueilli auprès du pôle management du CHUGA

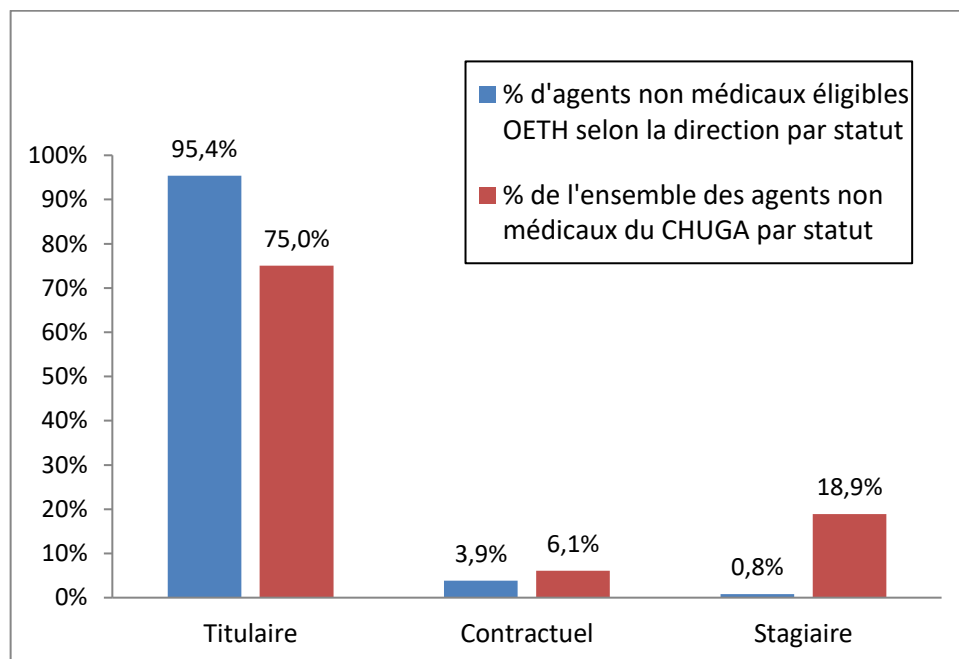
Figure 7. Proportion, par classe d'âge de 5 ans des agents non médicaux du CHUGA : 1) tout le personnel (n=7479*, rouge), et 2) ceux éligibles OETH selon la direction (n=389, bleu)



Chi2 = 216,275 ; 8 ddl ; $p < 10^{-4}$; (pas d'effectifs th < 5) (cf. annexe 8.6.1. [Classes d'âges](#))

*chiffre recueilli auprès du pôle management du CHUGA

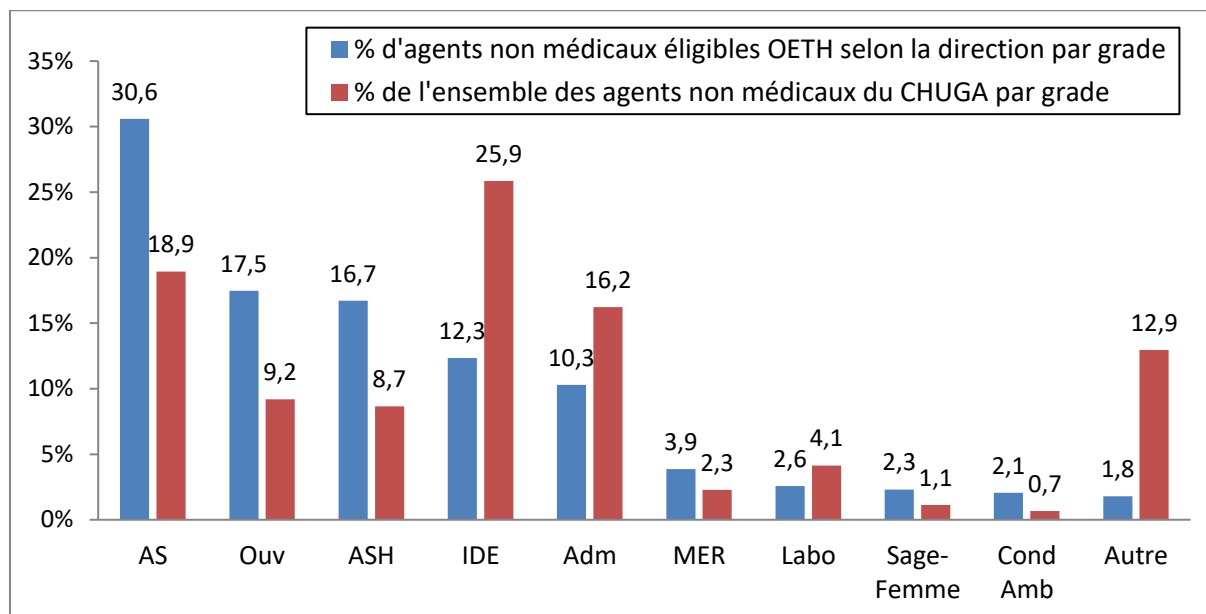
Figure 8. Proportions des 389 agents non médicaux éligibles OETH selon la direction par statut, comparées à l'ensemble des 7212* agents non médicaux



Chi2 = 90,7 ; 2ddl ; $p < 10^{-6}$ (cf. annexe 8.6.2. [Statuts](#))

*chiffre recueilli auprès du pôle ressources formations du CHUGA

Figure 9. Proportions des 389 agents non médicaux éligibles OETH selon la direction par grade, comparées à l'ensemble des 7479* agents non médicaux



Aide-Soignant, Ouvrier, Agent de Service Hospitalier, Infirmier Diplômé d'Etat, personnel Administratif, Manipulateur d'Electro-Radiologie, Laborantin, Sage-Femme, Conducteur Ambulancier, Autre.

Les grades utilisés sont les grades d'origine (5 agents ayant bénéficié d'un reclassement statutaire ont changé de grade).

Chi² = 171,557 ; 9 ddl ; p < 10^E-4 ; (2 cellules ont un effectif th < 5) (cf. annexe 8.6.3. [Grades](#))

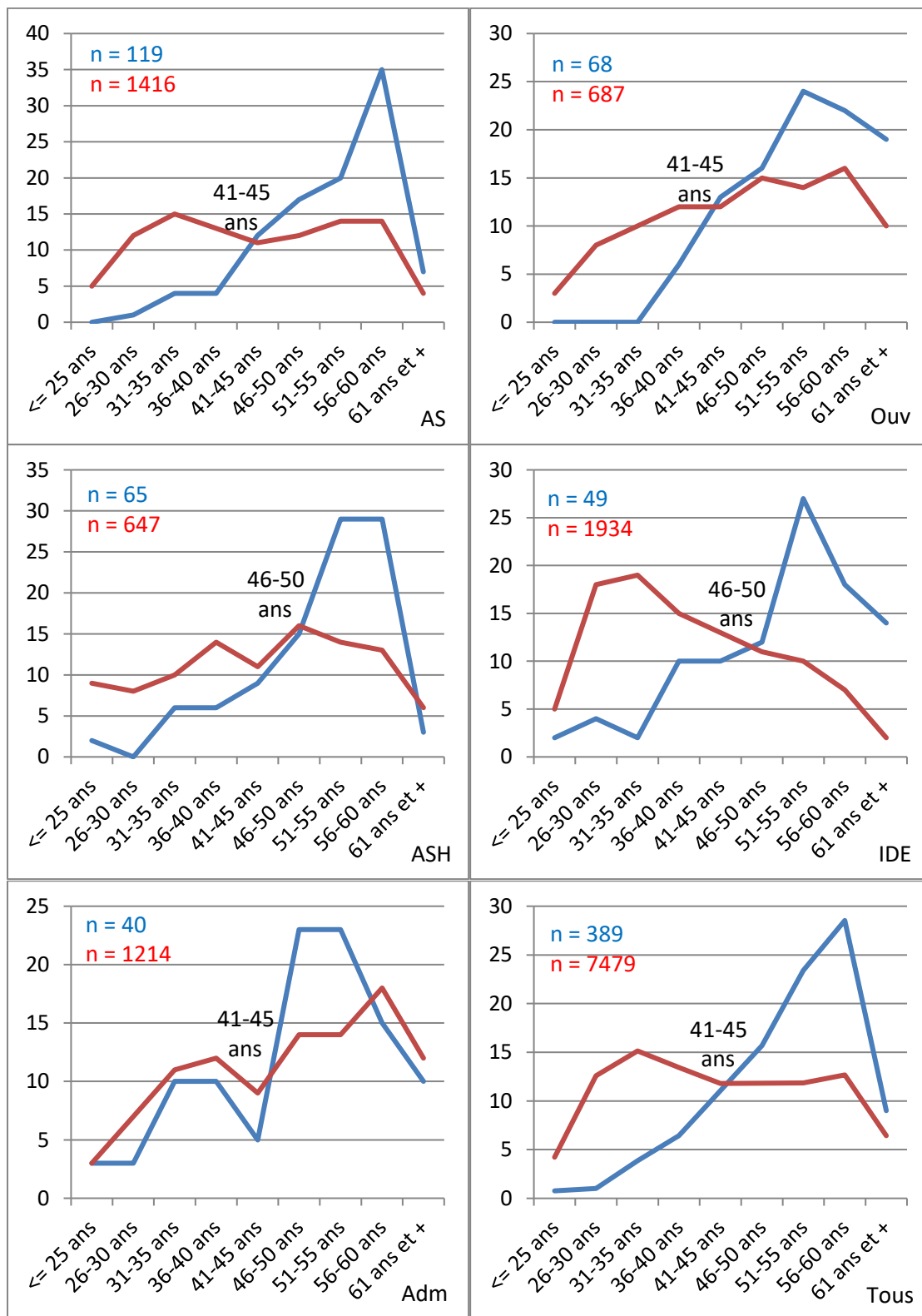
*chiffre recueilli auprès du pôle management du CHUGA

La pyramide des âges des 5 grades les plus nombreux parmi les agents éligibles OETH indique qu'ils sont composés le plus souvent de 9/10^e de femmes, excepté pour le grade d'ouvrier qui comprend seulement un tiers de femmes. Les sex ratio sont similaires entre les agents éligibles OETH et la totalité du personnel (cf. annexe 8.5. [Pyramides des âges par grades](#)).

Pour les 5 grades les plus nombreux parmi les agents éligibles OETH, la répartition des agents en classe d'âge est comparée avec la totalité du personnel non médical (Figure 10).

- La proportion d'agents éligibles OETH devient plus importante à partir de 46-50 ans chez les ASH et IDE, soit 5 ans plus tard que pour les autres grades.
- La courbe des AS et ASH se comporte globalement comme l'ensemble des grades.
- Concernant les ouvriers, les agents éligibles OETH ont au moins 36 ans.
- Concernant les IDE, la totalité du personnel est jeune : 1/3 a 26-35 ans, et les 56-60 ans sont 2 fois moins importants que pour l'ensemble des grades. En revanche les agents éligibles OETH sont en majorité âgés entre 51 et 65 ans.
- Concernant les administratifs, ils sont plus nombreux à partir de 46-50 ans aussi bien pour la totalité du personnel que pour les agents éligibles OETH.

Figure 10. Proportion, par classe d'âge de 5 ans et pour 5 grades, des agents non médicaux du CHUGA : 1) tout le personnel (n=7479, rouge), et 2) ceux éligibles OETH selon la direction (n=389, bleu)



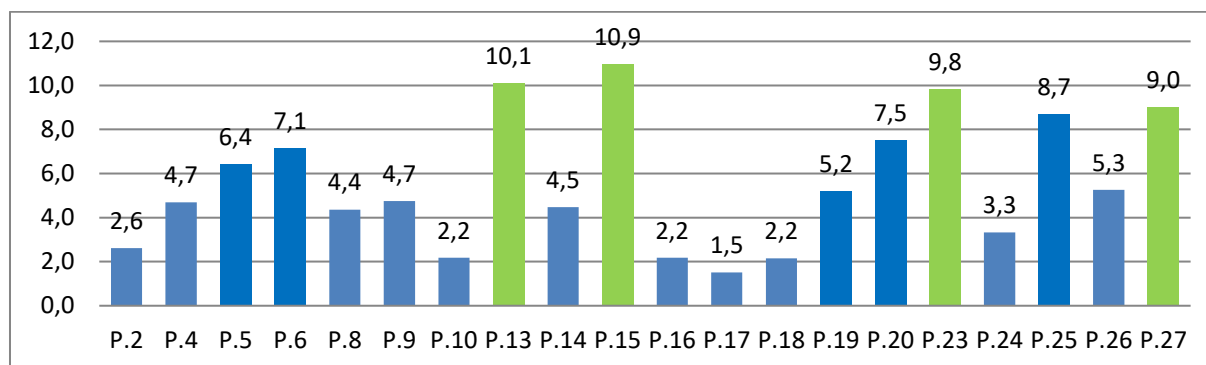
AS : Aide-Soignant, Ouv : Ouvrier, ASH : Agent de Service Hospitalier, IDE : Infirmier Diplômé d'Etat, Adm : personnel Administratif, Tous : tous grades (rappel de la Figure 7).

N.B. : l'âge de départ à la retraite varie suivant le grade ; ainsi, il est 5 ans plus jeune pour les AS.

4.1.4. Répartition polaire des agents éligibles OETH

La répartition polaire des agents éligibles OETH est présentée Figure 11.

Figure 11. Proportion des agents non médicaux éligibles OETH dans chaque pôle (relativement à l'effectif PNM du pôle*)



Pour faciliter la lecture, les proportions les plus élevées (arrondies à 10%) ont été présentées dans une couleur différente.

*chiffre issu du bilan social

Par rapport à l'effectif total du CHUGA, les agents éligibles OETH sont le plus représentés (autour de 10%) dans les pôles suivants :

- Le pôle Pharmacie (15), avec une majorité d'aides-soignants et d'ouvriers. On peut trouver des agents qui ont été reclassés sur ce pôle. Par ailleurs, il existe des gestes répétitifs dans la préparation des médicaments.
- Le pôle Imagerie (13) avec la population des manipulateurs électroradio qui réalisent des manutentions de patients.
- Le pôle Travaux et Services Techniques (23) avec une majorité d'ouvriers.
- Le pôle Cancer et Maladie du Sang (27) avec une majorité d'aides-soignants et ASH.

Le pôle 17 (Santé publique) est le moins représenté. Il est constitué d'administratifs.

Les agents éligibles OETH sont les plus nombreux dans le pôle Achats Equipements Logistiques (25), avec principalement des ouvriers. Ce pôle comprend notamment la restauration et la lingerie qui sont pourvoyeurs de TMS.

Figure 12a. Dénombrement des agents non médicaux éligibles OETH par pôle et par grade

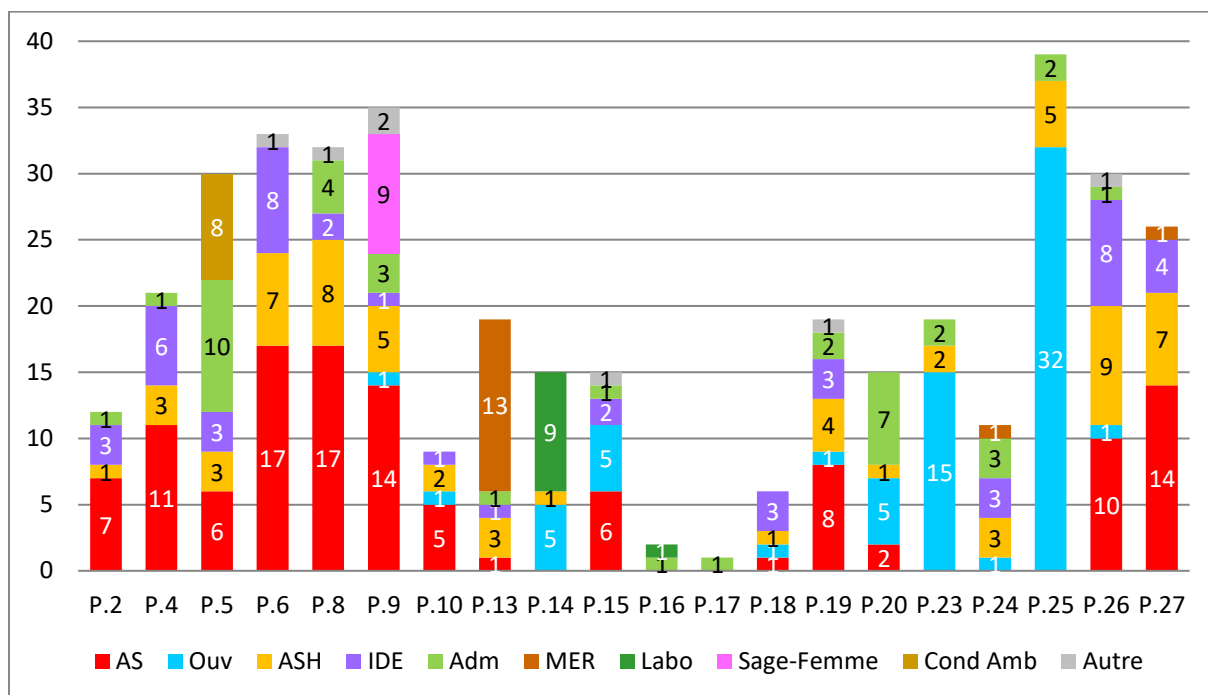
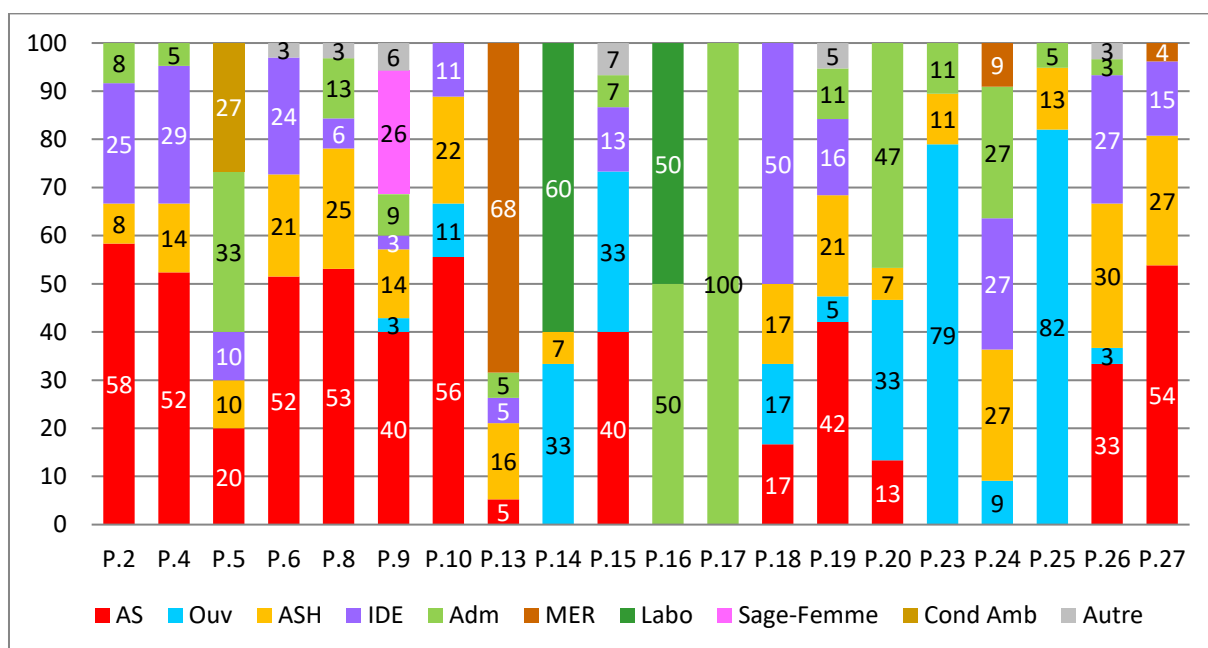


Figure 12b. Distribution (%) des agents non médicaux éligibles OETH par pôle et par grade



4.2. Description des pathologies concernées

La répartition des pathologies des 373 agents avec pathologie renseignée dans les dossiers médicaux est représentée ci-dessous (Figure 13), tout en sachant qu'un même individu peut être porteur de plusieurs pathologies. Ainsi, 547 pathologies ont été renseignées chez ces 373 agents.

Au total, on retient que pour plus de la moitié (54%) les pathologies concernant les agents éligibles OETH portent sur l'appareil locomoteur (M00-M99)¹¹.

La 2^e catégorie de pathologies la plus représentée concerne les affections psychiatriques (F00-F99) à 11% avec une majorité d'épisodes dépressifs suivie par des troubles anxieux et des diagnostics sans précision.

Les autres familles de maladies concernent moins d'une trentaine d'agents. Il s'agit principalement de :

- pathologies neurologiques (G00-G99) à 6% avec une majorité de sclérose en plaque
- troubles du sommeil
- syndromes du canal carpien
- lésions traumatiques (S00-T98) à 5%
- pathologies cardiovasculaires (I00-I99) à 4,9% avec une majorité d'hypertension artérielle essentielle puis des infarctus du myocarde
- perte auditive
- pathologies endocriniennes (E00-E90) avec une majorité de Diabète Non Insulino Dépendant et d'obésité
- tumeurs (C00-D48) avec une majorité de cancer du sein.

¹¹ Le syndrome du canal carpien, qui est parfois inclus dans les TMS, répond à un code CIM10 « neurologie » (G*) et n'est donc pas inclus dans les codes en M*. Il n'y en a que 4, soit 12% des pathologies G*.

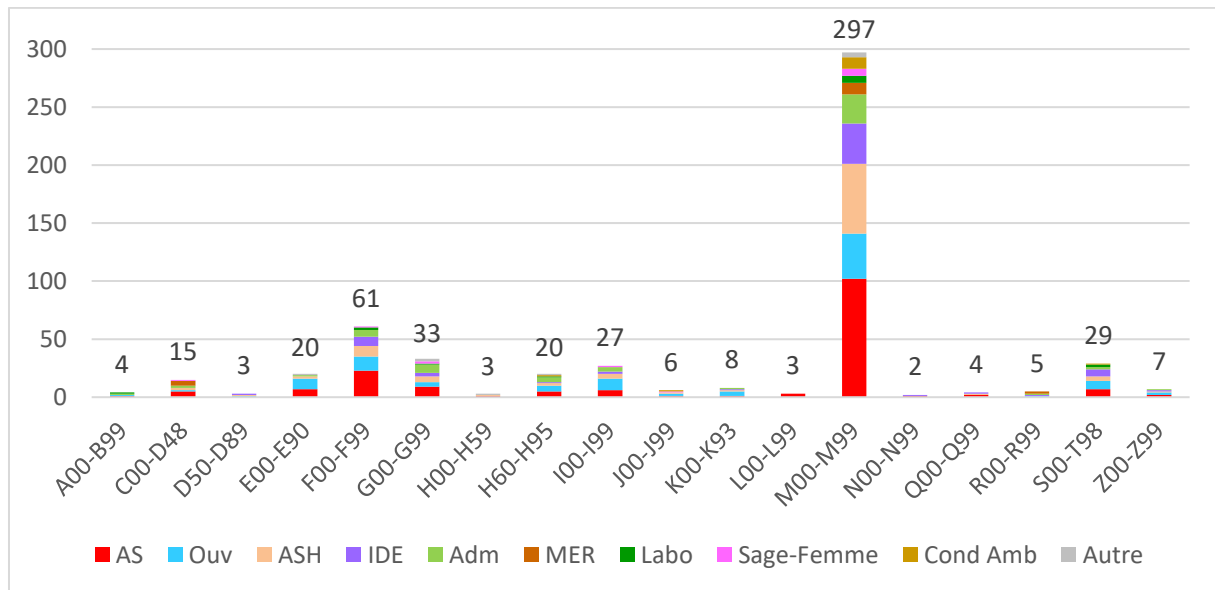
A noter, par ailleurs, certains codes en M* peuvent avoir trait à des maladies systémiques ayant souvent /parfois une expression rhumatologique (ex : sclérodermie systémique).

Cependant, 95% des pathologies M* sont de nature mécanique.

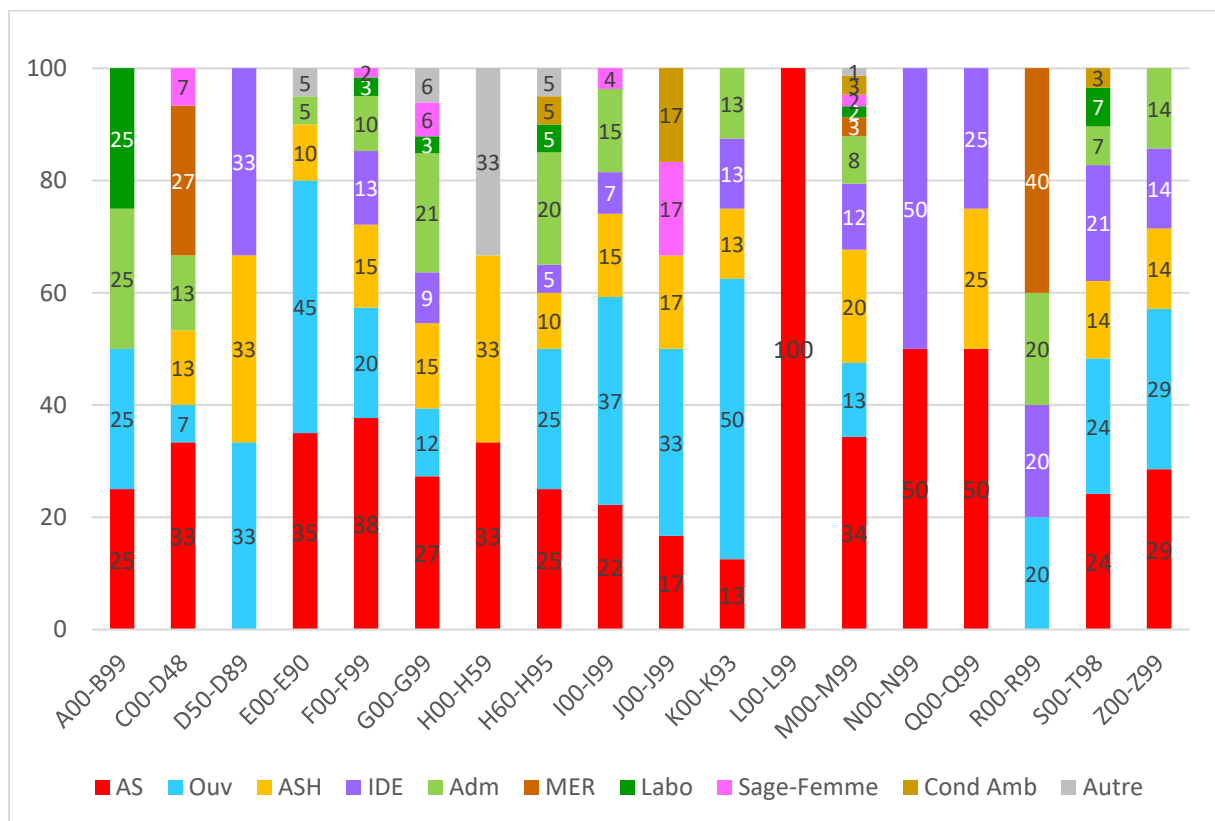
Le lumbago est codé dans les rachialgies M54* et non pas dans les lésions traumatiques S00-T98.

Figure 13. Typologie CIM10 en nombre (a) et en % (b) des 547 pathologies renseignées chez les 373 agents non médicaux du CHUGA éligibles OETH, par grade

a



b



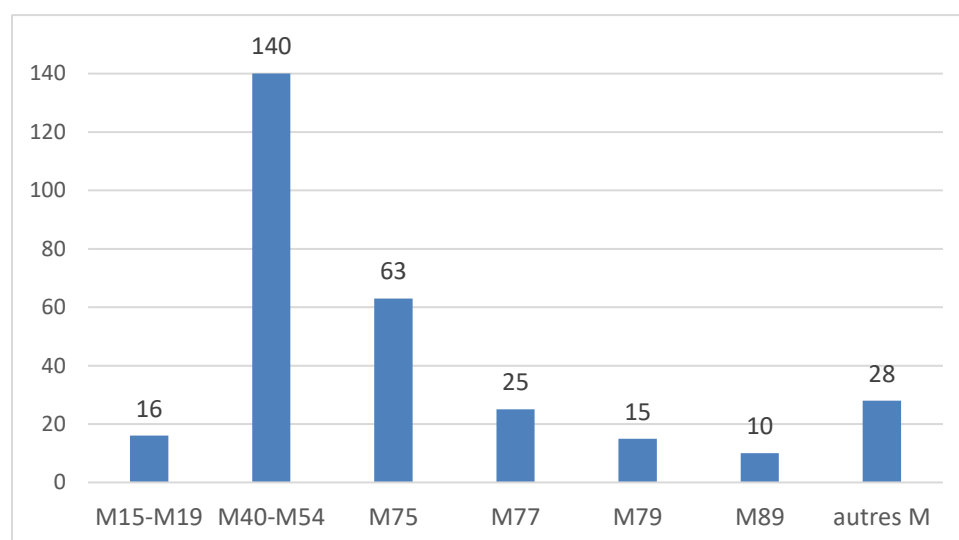
A-B99 : infectieux, C-D48 : tumeurs, D50-D89 : hématologique, E-E90 : endocrinien, F-F99 : psychiatrique, G-G99 : neurologique, H-H59 : œil, H60-H95 : oreille, I-I99 : cardiovasculaire, J-J99 : respiratoire, K-K93 : digestif, L-L99 : peau, M-M99 : rhumatologique, N-N99 : génito-urinaire, Q-Q99 : développement, R-R99 : résultats anormaux, S-T98 : causes externes, Z-Z99 : facteurs influant sur la santé.

4.2.1. Focus sur les pathologies touchant l'appareil ostéo-articulaire

Concernant les pathologies rhumatologiques (code CIM 10 M*), 47% d'entre elles sont des dorsopathies (M40-M54) soit 25% de toutes les pathologies, et 21% sont des lésions de l'épaule (M75).

Pour le reste, on retient, les arthroses (M15-M19), les autres enthésopathies (M77) (principalement les épicondylites), les autres affections des tissus mous non classées ailleurs (M79) (principalement les fibromyalgies, n=12), et les autres maladies osseuses (M89) (principalement les algoneurodystrophies).

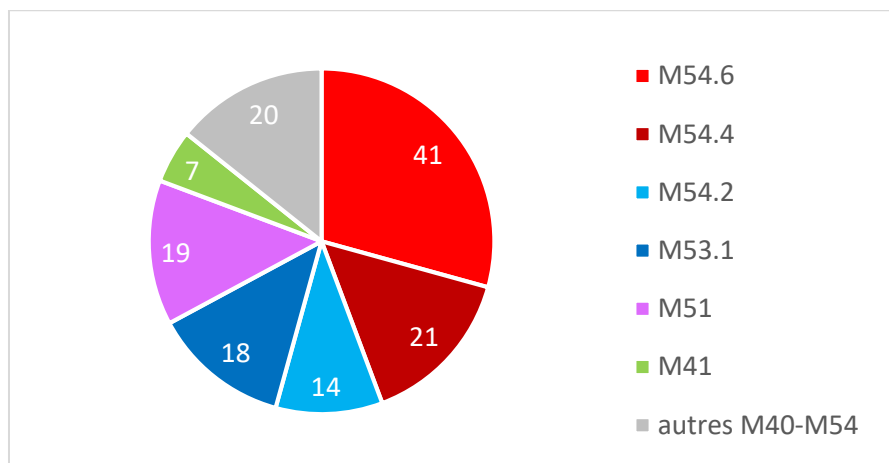
Figure 14. Typologie CIM10 des 297 pathologies touchant l'appareil ostéo-articulaire (M00-M99) chez les agents non médicaux du CHUGA éligibles OETH



M15-19 : arthroses, M40-54 : dorsopathies, M75 : lésions de l'épaule, M77 : autres enthésopathies, M79 : autres affections des tissus mous non classées ailleurs, M89 : autres maladies osseuses.

Parmi les dorsopathies (M40-M54), 44% sont des lombalgies (rachialgies dorsales M54.6 et lumbago avec sciatique M54.4), 30% sont des cervicalgies (cervicalgie M54.2 et névralgie cervico-brachiale M53.1), 14% sont des atteintes du disque (M51), 5% sont des cyphoscolioses (M41).

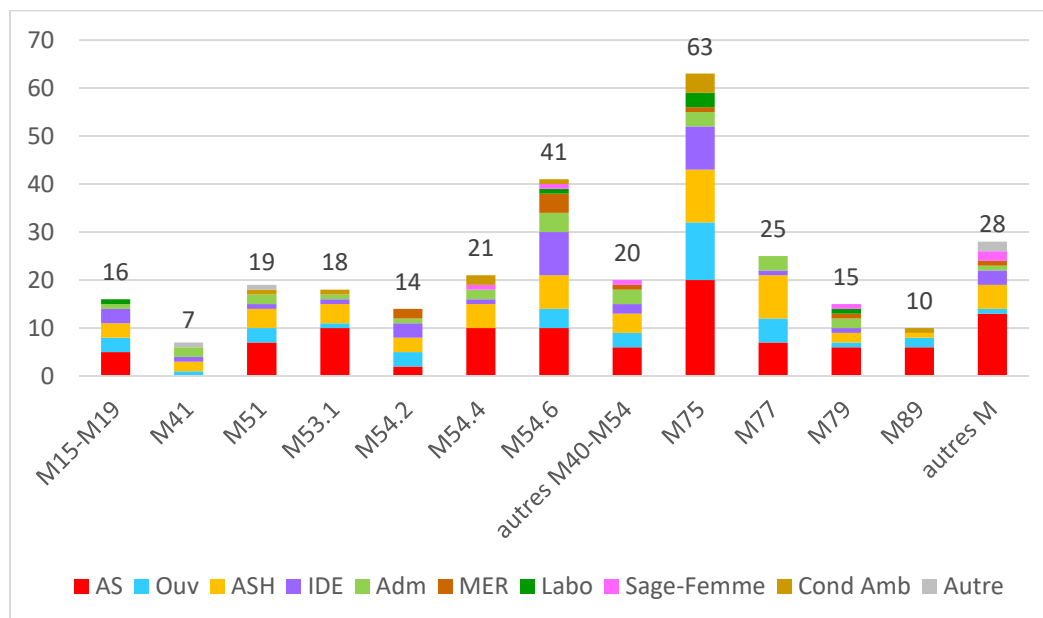
Figure 15. Typologie CIM10 des 140 dorsopathies (M40-M54) chez les agents non médicaux du CHUGA éligibles OETH



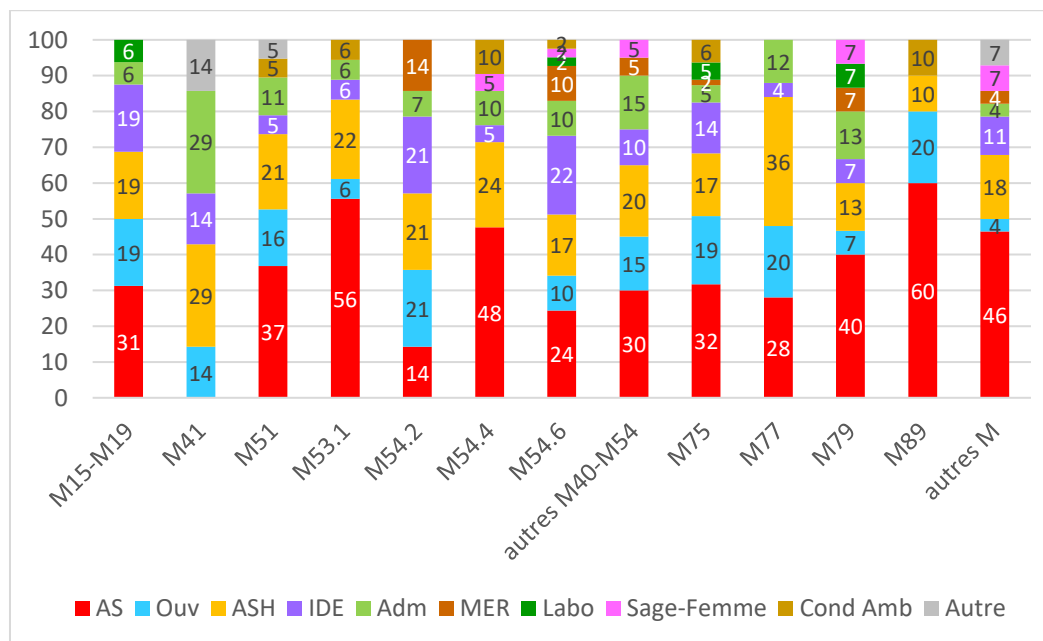
M54.6 : rachialgies dorsales, M54.4 : lumbago avec sciatique, M54.2 : cervicalgie, M53.1 : névralgie cervico-brachiale, M51 : atteintes d'autres disques intervertébraux, M41 : cyphoscoliose.

Figure 16. Typologie CIM10 en nombre (a) et en % (b) des 297 pathologies touchant l'appareil ostéo-articulaire (M00-M99) chez les agents non médicaux du CHUGA éligibles OETH, par grade

a



b

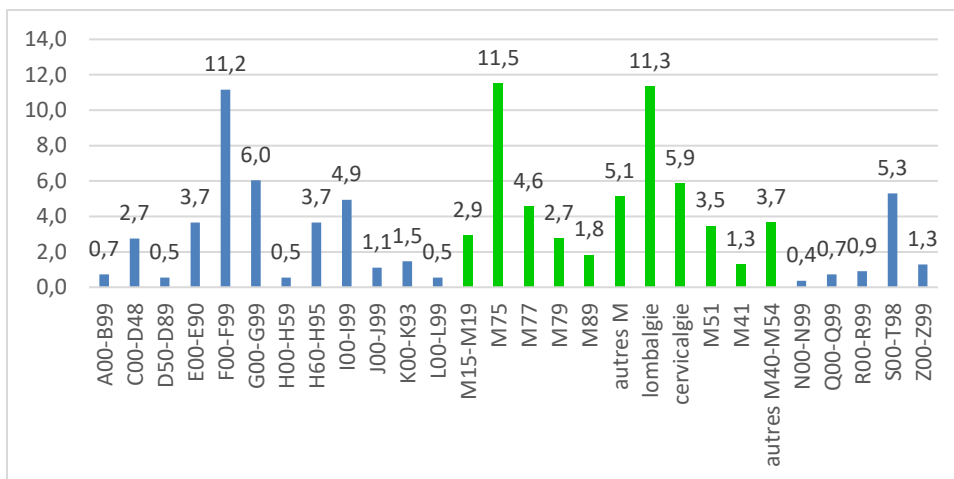


M15-19 : arthroses, M40-54 : dorsopathies, M41 : cyphoscoliose, M51 : atteintes d'autres disques intervertébraux, M53.1 : névralgie cervico-brachiale, M54.2 : cervicalgie, M54.4 : lumbago avec sciatique, M54.6 : rachialgies dorsales, M75 : lésions de l'épaule, M77 : autres enthésopathies, M79 : autres affections des tissus mous non classées ailleurs, M89 : autres maladies osseuses.

On peut retenir que, de façon globale et approximative sur l'ensemble des agents non médicaux, 50% des restrictions sont liées à des problèmes concernant l'appareil locomoteur ; 50 % d'entre elles concernent des dorsopathies ; 50% de ces dernières concernent des lombalgies. Cette tendance moyenne est bien sûr différente selon les métiers.

En conclusion, les 3 pathologies les plus fréquentes sont les lésions de l'épaule (M75), les pathologies psychiatriques (F), et les lombalgies (M54.4;M54.6), chacune représentant 11% de toutes les pathologies.

Figure 17. Proportions (en %) des 547 pathologies CIM 10 renseignées chez les 373 agents non médicaux du CHUGA éligibles OETH



Pour faciliter la lecture, les troubles musculosquelettiques qui constituent 95% des codes en M*, ont été présentés dans une couleur différente.

A-B99 : infectieux, C-D48 : tumeurs, D50-D89 : hématologique, E-E90 : endocrinien, F-F99 : psychiatrique, G-G99 : neurologique, H-H59 : œil, H60-H95 : oreille, I-I99 : cardiovasculaire, J-J99 : respiratoire, K-K93 : digestif, L-L99 : peau, M15-19 : arthroses, M75 : lésions de l'épaule, M77 : autres enthésopathies, M79 : autres affections des tissus mous non classées ailleurs, M89 : autres maladies osseuses, autres M : autres pathologies rhumatologiques, lombalgie : M54.6 et M54.4, cervicalgie : M54.2 et M53.1, M51 : atteintes d'autres disques intervertébraux, M41 : cyphoscoliose, autres M40-54 : autres dorsopathies, N-N99 : génito-urinaire, Q-Q99 : développement, R-R99 : résultats anormaux, S-T98 : causes externes, Z-Z99 : facteurs influant sur la santé.

4.2.2. Focus sur les maladies du système nerveux

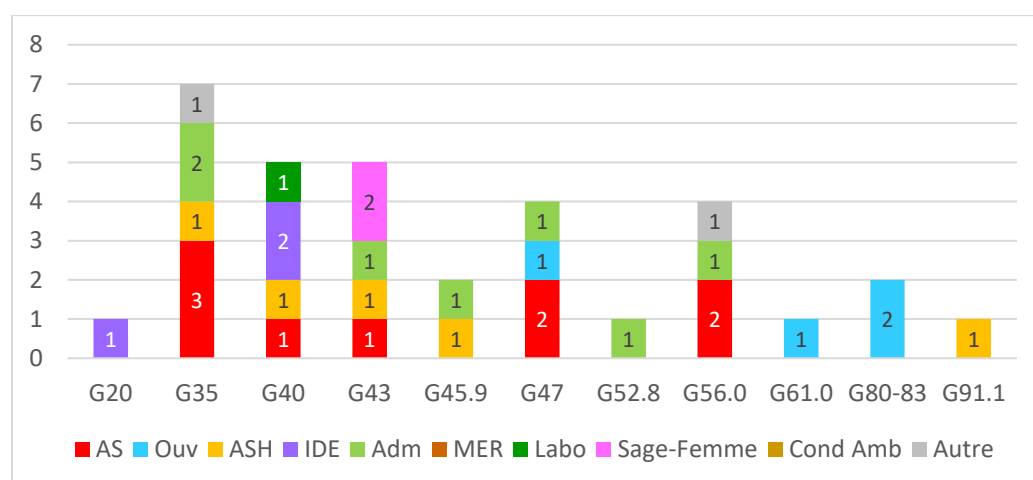
Concernant les 33 maladies du système nerveux (code CIM 10 G*), la majeure partie a trait à des pathologies du système nerveux central. Ainsi, 21% d'entre elles sont des scléroses en plaques, 15% sont des épilepsies, 15% des migraines, 12% des troubles du sommeil (3 apnées du sommeil et 1 narcolepsie). Le syndrome du canal carpien (neuropathie périphérique par compression) représente 12% des pathologies classées G*.

Ces 33 pathologies, n'étant pas associées entre elles, touchent 33 agents. Parmi ceux-ci, 21 ont un avis d'aptitude avec restriction dans leur dossier médical.

Plus de la moitié de ces restrictions (n=12) portent sur des contraintes horaires et plus de la moitié de ces contraintes horaires (n=7) portent sur la nuit. Les autres restrictions portent principalement sur la manutention ou les contraintes posturales.

Pour mémoire, la répartition de ces agents par grade est présentée ci-dessous.

Figure 18. Typologie CIM10 des 33 maladies du système nerveux (G*) chez les agents non médicaux du CHUGA éligibles OETH, par grade

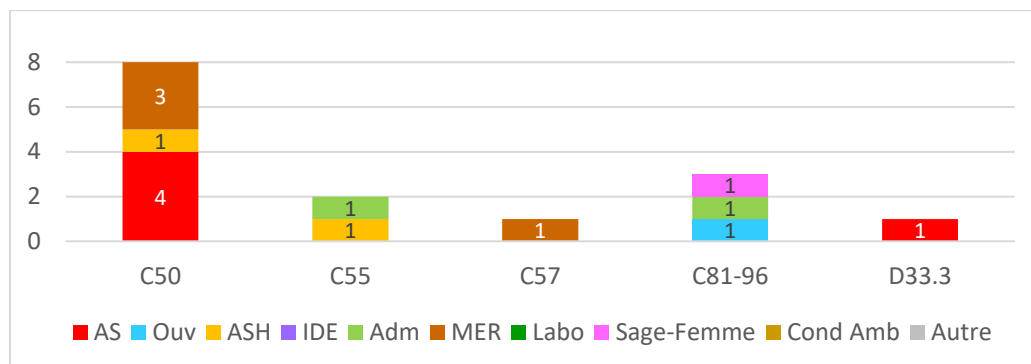


G20 : maladie de Parkinson, G35 : sclérose en plaques, G40 : épilepsie, G43 : migraine, G45.9 : accident ischémique transitoire, G47 : troubles du sommeil, G52.8 : névralgie d'Arnold, G56.0 : syndrome du canal carpien, G61.0 : syndrome de Guillain-Barré, G80-83 : paralysies, G91.1 : hydrocéphalie.

4.2.3. Focus sur les cancers

Concernant les pathologies tumorales (code CIM 10 C00-D48), seuls 15 cas ont été identifiés comme éligibles OETH. La moitié d'entre eux sont des cancers du sein.

Figure 19. Typologie CIM10 des 15 pathologies tumorales (C00-D48) chez les agents non médicaux du CHUGA éligibles OETH, par grade



C50 : tumeur maligne du sein, C55 : tumeur maligne de l'utérus, C57 : tumeur maligne des organes génito-urinaires de la femme, C81-96 : lymphome non hodgkinien, D33.3 : neurinome de nerf crânien.

Suite au curage ganglionnaire axillaire (lymphœdème), l'un de ces 8 agents a une restriction d'aptitude définitive à la manutention ; les autres restrictions sont temporaires et concernent principalement la manutention. Deux personnes cumulent une restriction d'horaires de nuit : l'une qui est la plus âgée (63 ans) et l'autre du fait d'un second cancer (entraînant la nécessité d'un autosondage).

4.2.4. Focus sur les lésions traumatiques

Concernant les lésions traumatiques (code CIM 10 S00-T98), sans préjuger de leur origine, 24% d'entre elles sont des traumatismes de la jambe et de la cheville, 17% sont des traumatismes de l'épaule. Puis viennent ensuite les « cérébro-lésés » par traumatisme crânien, les traumatismes du poignet et des doigts, et finalement du genou.

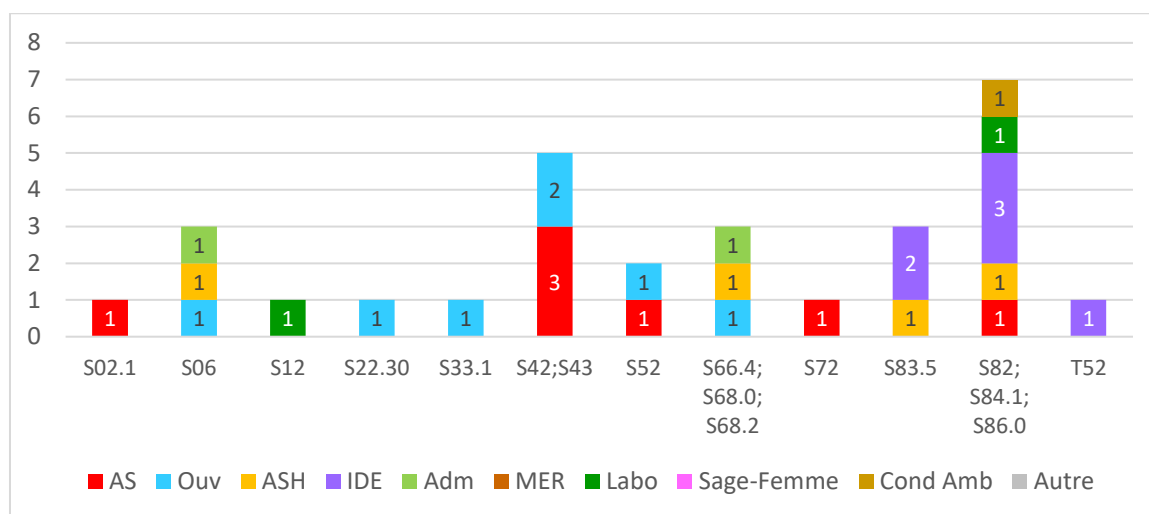
Chez 3 agents, plusieurs lésions traumatiques sont associées (sur le même membre).

Lorsqu'elle était facilement disponible dans le dossier, la notion d'AT a été retrouvée : pour une fracture de côte (glissade), une luxation de vertèbre lombaire, deux traumatismes de l'épaule et de l'avant-bras, un traumatisme du poignet, 2 de la jambe (sol mouillé), et un des ligaments croisés du genou.

Pour mémoire, le code inclut des intoxications et la catégorie « autres lésions liées à des agents externes ». Ici, une seule pathologie n'est pas traumatique, elle concerne une allergie au Stéranios.

Pour mémoire, la répartition par métier est présentée ci-dessous.

Figure 20. Typologie CIM10 des 29 lésions traumatiques (S00-T98) chez les agents non médicaux du CHUGA éligibles OETH, par grade

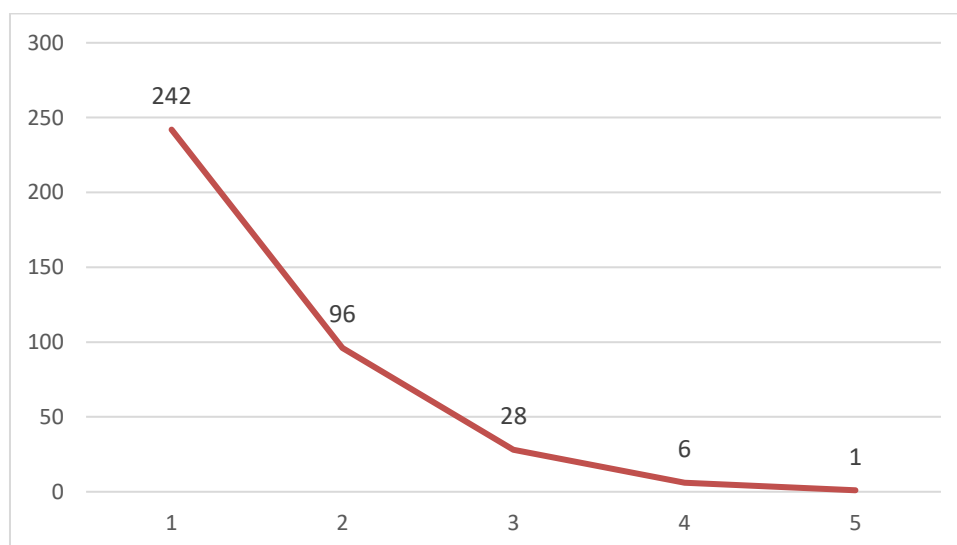


S02.1 : fracture de la base du crâne, S06 : traumatisme intra-crânien, S12 : fracture du cou, S22.30 : fracture fermée de côte, S33.1 : luxation d'une vertèbre lombaire, S42;S43 : traumatisme de l'épaule, S52 : fracture de l'avant-bras, S66.4;S68.0;S68.2 : traumatisme du poignet et des doigts, S72 : fracture du fémur, S83.5 : entorse et foulure des ligaments croisés du genou, S82;S84.1;S86.0 : traumatisme de la jambe et de la cheville, T52 : effet toxique de solvants organiques.

4.2.5. Pluripathologie

Sur les 373 agents, 65% n'ont qu'une seule pathologie, 26% ont deux pathologies à la fois, 8% en ont trois, 2% en ont quatre, et un agent a cinq pathologies.

Figure 21. Répartition des 373 agents non médicaux du CHUGA éligibles OETH en fonction de la pluripathologie



Afin de chercher s'il existe une association entre deux pathologies présentes chez un même agent, un test du chi2 a été réalisé (cf. annexe 8.6.4. [Pluripathologie](#)).

Pathologies M et F : Chi2 = 12,022 ; 1 ddl ; $p < 10^{-2}$; (pas d'effectif th < 5)

Pathologies M et G : Chi2 = 16,266 ; 1 ddl ; $p < 10^{-3}$; (pas d'effectif th < 5)

Pathologies M et S : Chi2 = 4,528 ; 1 ddl ; $p < 0,05$; (pas d'effectif th < 5)

Pathologies M40-54 et G : Chi2 = 11,240 ; 1 ddl ; $p < 10^{-2}$; (pas d'effectif th < 5)

Pathologies M75 et G : Chi2 = 6,968 ; 1 ddl ; $p < 10^{-2}$; (pas d'effectif th < 5)

Les pathologies rhumatologiques (code CIM 10 M*) sont associées aux pathologies psychiatriques (code CIM 10 F*), neurologiques (code CIM 10 G*) et traumatologiques (code CIM 10 S*). Les dorsopathies (code CIM 10 M40 à M54) et les lésions de l'épaule (code CIM 10 M75) sont associées aux pathologies neurologiques (G*).

- Parmi les 297 pathologies rhumatologiques (M*) présentes chez 234 agents, 32 sont associées à une pathologie psychiatrique, soit une comorbidité psychiatrique de 11%. Cela concerne 24 agents, qui présentent des syndromes dépressifs et anxieux, 1 agent a une névrose post-traumatique (AVP), 1 agent a une addiction à l'alcool.
- Les agents atteints de pathologies rhumatologiques ont une comorbidité neurologique de 4% (9 agents). Ce sont 2 sclérose en plaques, 1 cérébrolésé, 1 épilepsie, 2 apnée du sommeil, 1 migraine, 2 canal carpien. A noter que le syndrome du canal carpien (G56.0), qui est une affection fréquente, n'engendre néanmoins un problème sur le poste de travail, que pour 4 agents au total.
- Les agents atteints de pathologies rhumatologiques ont une comorbidité traumatologique de 4% (10 agents). Ce sont 3 fracture de malléole, 2 rupture du LCA, 1 fracture du radius, 2 fractures associées, 1 traumatisme de la cheville, 1 amputation de phalange, 1 fracture du rocher.

4.3. Description des restrictions d'aptitudes

Les restrictions les plus nombreuses sont la limitation ou contre-indication de manutention et la restriction horaire dont plus de la moitié concerne les nuits, puis vient la contre-indication à des gestes ou postures.

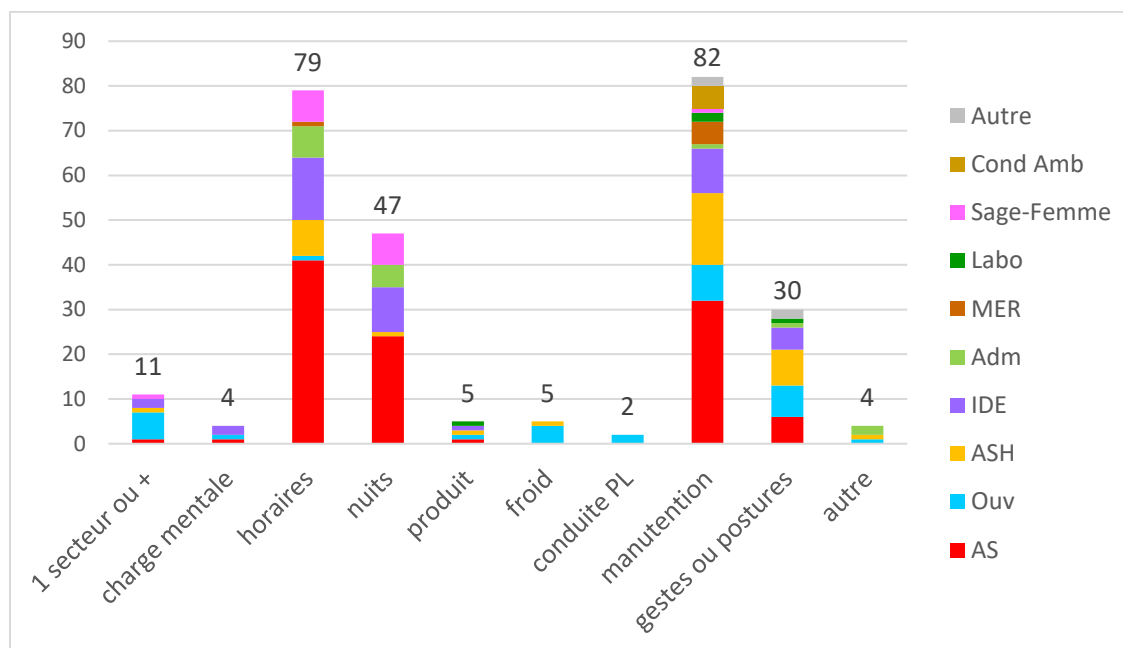
Les restrictions sont représentées ci-dessous par ordre thématique :

- travail contre-indiqué sur un ou plusieurs secteurs, ou bien sur un poste (désigné par la restriction « un secteur ou + »).

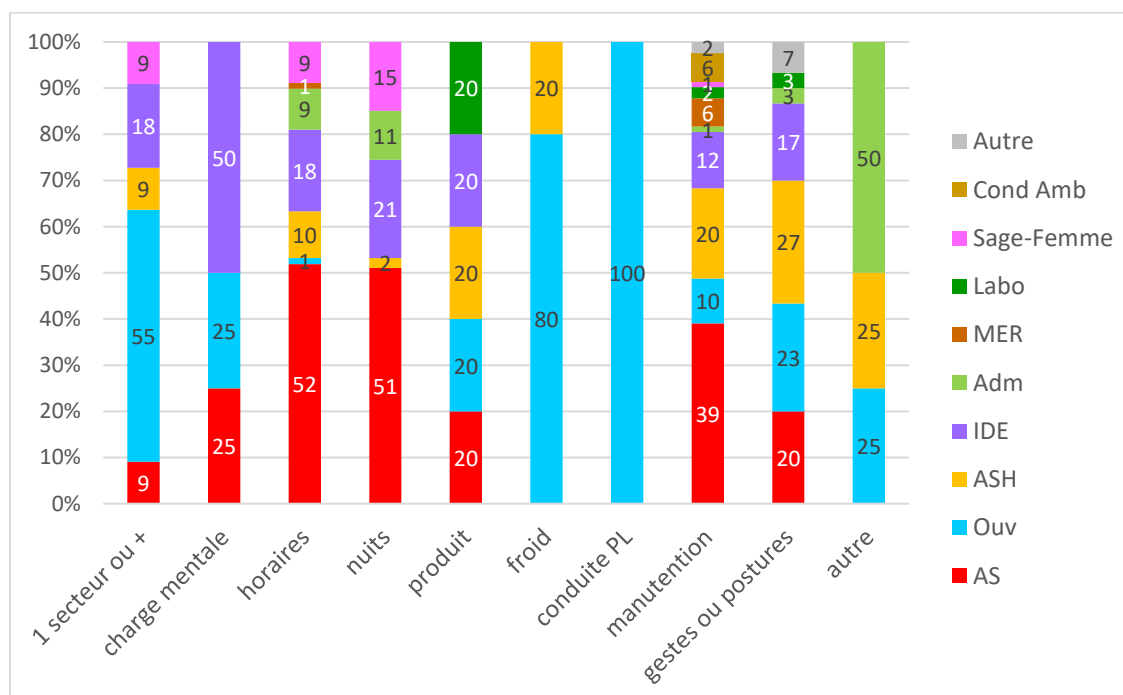
- restriction « charge mentale » et/ou émotionnelle élevée, ne conduit pas forcément à un changement de secteur mais peut poser des difficultés à aménager le poste pour le conserver.
- restrictions horaires portent sur le respect de rythmes et/ou d'horaires particuliers et/ou une contre-indication au travail de nuit.
- restrictions portant sur l'exposition au froid et la conduite de poids-lourds
- restrictions portant sur la manutention et les gestes et postures
- autre (cf. 3.2. [Data management](#)).

Figure 22. Typologie des restrictions d'aptitude chez les 182 agents non médicaux du CHUGA éligibles OETH avec avis d'aptitude avec restriction(s), par grades

a) En nombre

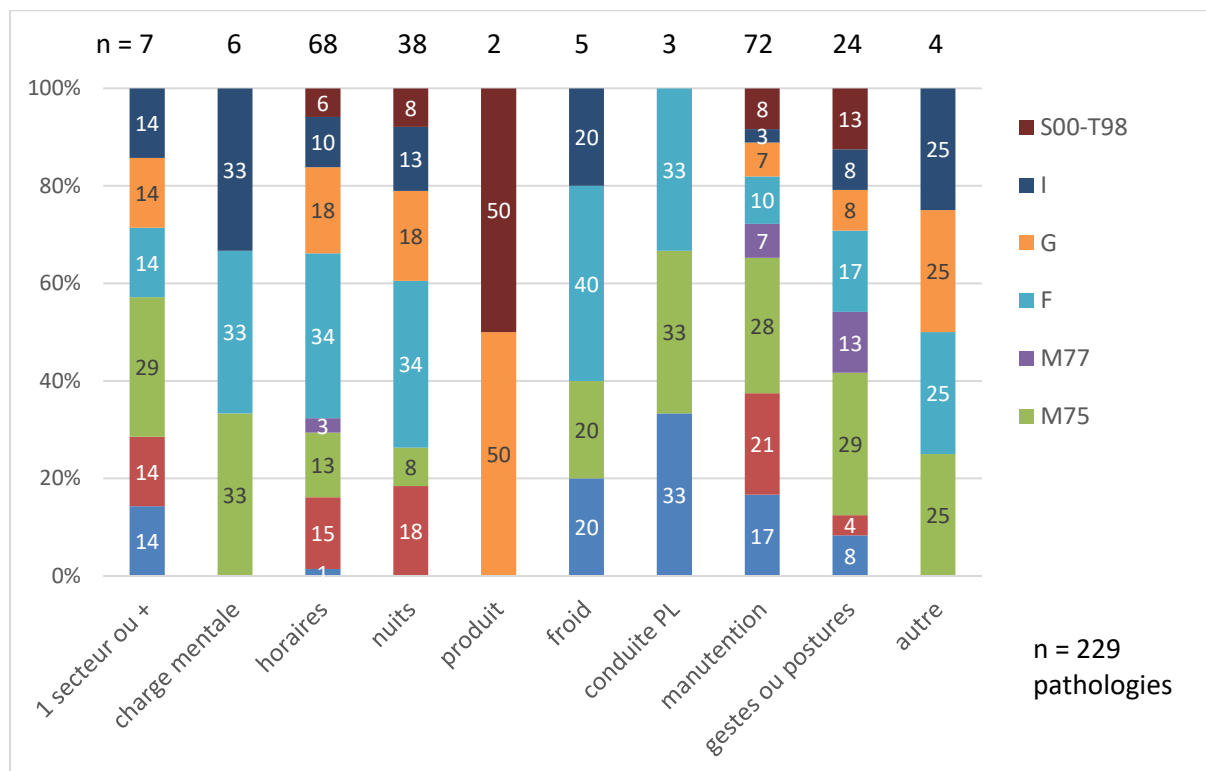


b) En pourcentage



1 secteur ou + : contre-indication au travail sur un secteur ou plusieurs ; charge mentale : contre-indication à un travail avec charge mentale élevée ; horaires : restriction portant sur un aspect quelconque des horaires, y compris les nuits, qui sont ensuite individualisées dans une colonne à part (donc les cas restrictions « nuits » sont en fait présents dans les 2 colonnes) ; produit : contre-indication à un produit ; froid : contre-indication au froid ; conduite PL : contre-indication à la conduite de poids-lourds ; manutention : limitation ou contre-indication de la manutention ; gestes ou postures : restriction portant sur des contraintes posturales ; autre : concerne 4 restrictions non classées ailleurs.

Figure 23. Distribution (%) des restrictions d'aptitude chez les 182 agents non médicaux du CHUGA éligibles OETH avec avis d'aptitude avec restriction(s), par pathologies fréquentes



Légende. Les chiffres indiqués dans les barres correspondent à des %. M53.1;M54.2 : cervicalgies (M53.1 : névralgie cervico-brachiale, M54.2 : cervicalgie), M54.4;M54.6 : lombalgies (M54.4 : lumbago avec sciatique, M54.6 : rachialgies dorsales), M75 : lésions de l'épaule, M77 : autres enthésopathies, F : psychiatrique, G : neurologique, I : cardiovasculaire, S-T98 : causes externes.

Les restrictions portant sur la manutention et les contraintes posturales sont souvent associées et concernent logiquement principalement les AS, ASH, IDE et ouvriers, avec une grande part de pathologies rhumatologiques, en premier lieu les lésions de l'épaule (M75), puis les lombalgies (M54.4;M44.6) et cervicalgies (M53.1;M54.2) pour la manutention et les enthésopathies (M77) pour les gestes ou postures. Il existe souvent des comorbidités psychiatriques dans ces situations (n=8 pathologies F, associées avec 1 lombalgie, 2 cervicalgies, 1 spondylarthrite, 1 entorse du genou, 1 infarctus du myocarde, et 2 isolées).

Les restrictions portant sur les horaires et les nuits concernent pour moitié les AS, qui effectuent des gardes de nuit, puis les IDE et Sage-Femme surtout pour les nuits, et les Adm et ASH.

- Les pathologies rencontrées sont en premier lieu psychiatriques F, (n=22) soit associées à une autre pathologie (n=12 soit 55%), soit seules (n=10 soit 45%)

(dépression, trouble anxieux, insomnie non organique avec traitement par somnifères, alcool).

- Puis viennent des pathologies neurologiques G (épilepsie, apnée du sommeil, narcolepsie, maladie de Parkinson, AIT, SEP, migraine),
- des pathologies rhumatologiques M (lombalgie principalement, et tendinopathie, arthrose, fibromyalgie, etc.), cardiaques, métaboliques, cancéreuses, etc., qui augmentent la fatigabilité et demandent des périodes de récupération.
- On peut aussi noter la préconisation de travail à la lumière du jour dans le cas de perte de vision, et la contre-indication temporaire aux nuits dans le cas de stérilité de la femme et tentative de grossesse.

La contre-indication au travail sur un secteur ou plusieurs concerne pour moitié les ouvriers, puis les IDE. Il s'agit d'une manière d'éviter certains postes liés à des expositions, qui sont souvent des gestes ou postures. Les pathologies fréquentes sont donc rhumatologiques, avec lésions de l'épaule M75, et les autres sont variées.

La contre-indication au froid concerne les ouvriers car ils peuvent y être exposés. En général ce sont des pathologies chroniques qui sont aggravées par cette ambiance thermique : infarctus du myocarde, maladie de Whipple avec douleurs articulaires, hémochromatose et thalassémie, cervicalgies ou douleurs articulaires de l'épaule et du genou déclenchées par le froid, sinusites. Quand elle est présente, la pathologie psychiatrique F ne fait qu'accompagner une autre. Certains de ces agents ont aussi une contre-indication à la conduite de poids-lourds.

La contre-indication à un produit concerne soit des pathologies préexistantes risquant de s'aggraver (risque de crise comitiale et manipulation de produits chimiques), asthme (J45.9) et exposition à la poussière en blanchisserie), soit des pathologies déclenchées par le produit (allergie au Stéranios (T52.8), allergie aux ammoniums quaternaires responsable d'une hyperréactivité bronchique (J98.8), allergie au latex). Un positionnement sur un poste d'accueil et, pour les autres agents, un changement de secteur, ont permis d'éviter l'exposition.

La « contre-indication à une charge mentale et/ou émotionnelle élevée », prédominant dans les métiers en contact avec les patients, concerne des pathologies cardiaques (I21, infarctus du myocarde incompatible avec le stress), ou des associations de pathologies rhumatologiques, psychiatrique, et d'une hypoacousie. Elle peut s'accompagner d'une contre-indication aux nuits ou sur un secteur.

DISCUSSION

5. DISCUSSION

5.1. Principaux résultats

Ce travail a permis de réaliser une « cartographie », à un temps T, de situations potentiellement problématiques en terme de maintien au poste concernant le PNM du CHUGA, et ce pour différentes raisons (RQTH, restrictions, adaptations de poste, CLM). La typologie de cette population a été présentée selon ses variables démographiques (âge, sexe), professionnelles (profession, pôle d'activité), et de santé (pathologie).

De façon résumée, parmi les résultats principaux, on retiendra :

- que la population ainsi définie représente 5,2% du PNM
- la prépondérance du facteur âge et la sur-représentation importante des grades AS et ASH qui représentent près de la moitié des situations concernées, ainsi que celles des ouvriers. Ainsi, les agents « éligibles OETH » sont pour un tiers des aides-soignants, et la moitié est âgée de 51 à 60 ans.
- Les pathologies les plus fréquentes sont les TMS (lésions de l'épaule et lombalgies) et les pathologies psychiatriques au premier rang desquelles les troubles de l'humeur (dépression).
- Les restrictions d'aptitude les plus fréquentes portent sur la manutention et les contraintes posturales, puis sur les horaires dont plus de la moitié concerne les nuits.

Concernant l'âge en particulier, en comparaison avec l'enquête régionale de l'ANFH sur les situations d'inaptitude (critères plus sélectifs) [18], la proportion d'agents concernés âgés de moins de 45 ans est plus faible au CHUGA (23% contre 34%).

Concernant les métiers, les plus touchés sont les aides-soignants (30,6%), les ouvriers (17%), les ASH (16,7%). Les IDE (12,3%) sont moins représentés que dans l'ensemble du CHUGA, et on peut penser que ce grade comporte moins de contraintes physiques que les aides-soignants. Cependant les IDE de l'ensemble du CHUGA ont la particularité d'être jeunes pour la plupart, alors que les IDE « éligibles OETH » sont en majorité âgés entre 51 et 65 ans. L'enquête régionale de l'ANFH [18] dans la FPH trouvait la même proportion d'aides-soignants (30,6%) concernés par les inaptitudes. Les IDE venaient en second (26,8%), avant les ASH (10,4%) qui étaient moins représentés qu'au CHUGA. En revanche la part des ouvriers était plus importante, avec la somme des postes blanchisserie, jardinier, opérateur logistique, et cuisine égale à 20,8%.

Les agents « éligibles OETH » présentent donc majoritairement un âge élevé et un bas niveau d'étude, deux facteurs de risques professionnels décrits par l'HAS.

Ces éléments ainsi que les autres résultats décrits dans ce rapport permettent de réaliser une typologie des situations à risque en terme de maintien au poste, et constituent une base de réflexion pour la priorisation et l'optimisation des politiques locales en faveur du maintien dans l'emploi (cf. 5.3. [Perspectives](#)).

Le contexte spécifique de la fonction publique, comparativement au régime général, nécessite d'être intégré aux réflexions sur le sujet, en particulier : 1) le fait que l'employeur continue à rémunérer les agents titulaires en arrêt, ce qui constitue un frein à leur remplacement dans un contexte contraint budgétairement, et par voie de conséquence fait peser sur le collectif l'augmentation de la charge de travail induite, 2) le statut de titulaire fait que le licenciement pour inaptitude médicale n'est pas une option utilisée comme dans le régime général, 3) les droits à congés de type CLM voire CLD, une fois accordés, ont tendance à repousser la programmation du retour au travail, 4) enfin de nouvelles dispositions réglementaires créent une position statutaire spécifique pour une durée de un an visant à favoriser le reclassement ou « période de préparation au reclassement » (cf. 2.2.2. [Parcours du maintien dans l'emploi dans la FP](#)). Le contexte local a tout autant d'importance dans le choix des solutions de reclassement, et le cloisonnement polaire a tendance à constituer un frein à la mobilité.

On notera que, bien que la part demandée par le FIPHFP pour l'OETH soit de 6%, il ne s'agit pas toujours des mêmes agents qui sont pris en compte. De ce fait, cette cartographie des situations à risque quant au maintien dans l'emploi comporte des agents non comptabilisables pour la déclaration de l'OETH, comme par exemple des agents ayant eu un aménagement de poste mais n'ayant pas fait de demande de RQTH, ou des agents en CLM. Par ailleurs le CHUGA atteint bien les 6% requis par le FIPHFP, ceci en additionnant les travailleurs bénéficiaires de l'obligation d'emploi et d'autres actions de l'établissement comme la sous-traitance à des employeurs qui répondent aux critères d'OETH. Pour rappel, selon Handi-Pacte Auvergne Rhône-Alpes, ce taux ne dépasse pas 5% en moyenne pour la FPH de la région en 2017.

La moitié des avis d'aptitude des agents « éligibles OETH » n'ont pas de contre-indication, et parmi ceux-ci deux tiers des agents ont eu un changement de poste. Cela pourrait suggérer que le changement de poste est assez efficace pour lever les restrictions. Cependant lorsqu'on regarde les deux types de reclassements effectués dans l'ensemble des agents PNM du CHUGA, on note que les agents « éligibles OETH » ont surtout été reclassés suivant l'article

1 (dans le même grade). Cela pourrait s'expliquer en partie par le fait que le changement de grade peut entraîner une perte de salaire ou un âge de départ à la retraite plus tardif, éléments très pragmatiques qui peuvent freiner l'agent dans sa reconversion. Cela peut aussi suggérer que le reclassement dans le même grade ne permet pas souvent de s'affranchir de toutes les difficultés rencontrées par l'agent (selon les critères des cadres pour remplir la liste). En effet les postes avec des tâches réellement différentes pour un même grade seraient rares ou dans d'autres pôles.

5.2. Limites

La première limite de ce travail tient au fait que les informations traitées portent uniquement sur le Personnel Non Médical. Le personnel médical n'a pas été décrit du fait de la difficulté à rassembler les informations le concernant. En effet, les ressources humaines médicales sont gérées séparément, en central (Direction des Affaires Médicales) et sans lien avec les gestionnaires RH des pôles. Elles ne disposent pas de tableau identique. Par ailleurs, le FIPHFP ne retenant pas les praticiens hospitaliers dans le calcul du quota de travailleurs relevant de l'obligation d'emploi, il n'y a pas d'effet incitatif concernant leur suivi. Il serait néanmoins intéressant de pouvoir étendre à cette population ce travail de cartographie, et il s'agira de l'une des perspectives.

La deuxième limite est liée au fait qu'il s'agit d'une cartographie transversale (le tableau des « agents éligibles OETH » a été dressé en 2016 par les cadres puis complété avec les dossiers médicaux au cours de l'année 2017). L'évolution des situations individuelles sur 2 ans n'a pas été étudiée car cela aurait nécessité de ressortir tous les dossiers médicaux dans lesquels la recherche d'information peut s'avérer longue et difficile. Il faut donc développer les outils nécessaires pour pouvoir avoir une photographie précise à un instant t. L'actualisation du tableau des agents concernés se fait désormais au fur et à mesure avec le concours de l'IDE coordinatrice du SST. Le futur progiciel pourra être aidant. Les AT et MP avec IPP pourront être inclus.

Les analyses sont pour l'instant descriptives et univariées. On pourrait dans un 2^e temps calculer les excès de risque des différentes situations (RQTH, CLM, restrictions, aménagements), en fonction des grades (métiers), tout en ajustant sur un certain nombre de paramètres comme l'âge, le sexe et le pôle (réalisation de régression logistique). Il serait plus difficile de fixer le grade (par exemple AS) pour mesurer ensuite l'effet propre au pôle en ajustant sur âge et sexe, car cela sous-entendrait que la pathologie et ses conséquences sont attribuées au pôle actuel en négligeant la mobilité (ou alors il faudrait renseigner le parcours

professionnel de chacun et pondérer le nombre d'années passées dans chaque pôle / service) ; les données ne sont pas aujourd'hui structurées pour ce faire.

On trouve des avis d'aptitude avec des restrictions temporaires anciennes qui semblent pouvoir être levées, mais également des avis d'aptitude sans restriction contrastant avec une apparente difficulté d'exercice sur le poste rapportée par le cadre. Cela suggère que la communication cadre/médecin du travail pourrait être améliorée, ou bien elle est restée informelle. Concernant le premier point, le référent handicap au sein du SST a fait ajouter sur chaque fiche d'aptitude la mention date de réévaluation des restrictions.

5.3. Perspectives

5.3.1. Axes prioritaires de réflexion se dégageant de ce travail

En se basant sur les problèmes les plus importants numériquement, il apparaît prioritaire de **poursuivre la réflexion et les actions de prévention primaire sur l'ergonomie et l'organisation du travail par rapport aux TMS chez les aides-soignants, ASH et IDE, ainsi que par rapport aux nuits chez ces mêmes grades en ajoutant les sage-femmes**. La co-existence de pathologies rhumatologiques et des troubles de l'humeur montre, s'il en était besoin, que l'action conjointe sur les déterminants biomécaniques et organisationnels et psychosociaux est importante.

En parallèle, au vu de l'âge des agents « éligibles OETH », un travail de réflexion sur les **parcours professionnels et leur maintien dans la durée**, jusqu'à l'âge du départ à la retraite, est nécessaire, ce d'autant que les agents titulaires finiront pour la majeure partie leur carrière au CHU, et probablement ceux en difficulté dans l'emploi prendront moins le risque d'un changement d'employeur.

La coordination des acteurs est également un thème important. Ainsi des précisions ont été apportées aux avis d'aptitude : détail des restrictions, leur durée (dont le champ a été récemment ajouté sur l'avis) ; la réflexion doit se poursuivre avec leur application sur le poste de travail, mais également la précision des capacités résiduelles. Une réflexion pourrait porter sur la pertinence et la faisabilité de compléter les fiches de postes existantes par une synthèse des contraintes pour les différentes tâches (voir si une cotation uniformisée de la charge physique et mentale est possible). Ce travail nécessiterait de dégager du temps, car il s'appuierait entre autres sur des études.

5.3.2. Liens avec les bonnes pratiques

Un travail est en cours au sein du SST, et qui inclura les autres partenaires concernés (au premier rang desquels la DRH et les autres partenaires du CIRP) pour structurer les bonnes pratiques observées dans les autres établissements et discuter la pertinence et la faisabilité au CHUGA (en précisant ce qui existe déjà, ce qui peut être fait facilement, ce qui nécessiterait des ressources, et ce qui semble être des fausses bonnes idées au niveau local). Ces bonnes pratiques ont trait à la prévention primaire et la gestion prévisionnelle des emplois et compétences, à l'organisation du dispositif dans son ensemble, à la coordination des acteurs, aux mesures destinées à mieux dépister les situations à risque en termes de PDP, à l'organisation du retour au travail et à la personnalisation de l'accompagnement, le suivi et enfin, la communication sur le dispositif et sensibilisation de l'encadrement et des équipes. Elles se retrouvent notamment regroupées dans la charte des 11 engagements « Cancer et Emploi » [21], signée par de nombreuses entreprises du secteur privé mais aussi public. Ce travail complémentaire permettant de passer du diagnostic aux propositions d'action sera inclus dans le mémoire de DIU IDE en santé au travail de l'IDE coordinatrice du SST, référente PDP pour le SST.

5.3.3. Inscription dans un cadre national : participation au projet « maintien dans l'emploi et seconde partie de carrière » porté par l'ANFH

L'objectif de l'ANFH est de développer une offre globale, devant le même questionnement des régions sur le bilan de compétences qui ne semble pas adapté dans le milieu de soin, et afin d'apporter une réponse pouvant s'appliquer à différentes situations (inaptitude, usure professionnelle, restructurations, allongement du temps de travail, seconde partie de carrière, etc.).

S'associant aux autres régions, le projet de l'ANFH Alpes « maintien dans l'emploi et seconde partie de carrière » contient 3 axes : l'accompagnement des établissements, l'accompagnement des agents, et l'étude prospective sur les métiers et trajectoires.

L'axe 1, accompagnement des établissements, s'adresse aux RH, SST, cadres, syndicats, etc. Il propose 6 modules à choisir à la carte, le premier étant obligatoire. Le module A fait le diagnostic des pratiques RH en matière de maintien dans l'emploi et dresse le plan d'actions à partir de groupes de travail ; le module B forme la commission de maintien dans l'emploi, le module C forme à l'aide au repérage des situations par une approche institutionnelle, ergonomique, et psychologique ; le module D forme à optimiser l'accompagnement du

maintien dans l'emploi des agents. Les modules E et F forment à la gestion statutaire du maintien dans l'emploi.

L'axe 2, accompagnement des agents, est un parcours modulaire de formation-action. Il s'agit aussi de modules indépendants mis à la disposition de l'agent, pouvant être choisis à la carte, le premier étant obligatoire. Le but est de permettre à l'agent d'être acteur principal de la construction de son parcours individualisé, en allant à son rythme. L'offre s'adresse à 2 profils : le reclassement suite à une inaptitude, et le reclassement suite à une restructuration/réorganisation. Le module 1 propose un pré-diagnostic identifiant les besoins d'accompagnement ; le module 2 propose un diagnostic et s'appuie sur un atelier collectif ; le module 3 permet un repositionnement professionnel ; le module 4 aide à l'élaboration du projet professionnel ; le module 5 forme à la concrétisation de ce projet (préparation de la candidature avec rédaction du CV, de la lettre de motivation...) ; enfin le module 6 veille à la réussite du projet par un suivi au poste de travail.

Le principe est d'assurer un suivi personnalisé adapté. Il est donc possible selon la situation d'ajouter au module un soutien psychologique, ou un dispositif de formation individuel, etc. L'accompagnement est réalisé par des experts à l'écoute et prend en compte les multiples dimensions de la transition professionnelle : aptitudes physiques, caractéristiques psychologiques et émotionnelles, compétences professionnelles, volontés / motivations.

L'axe 3 comprend une étude prospective sur les métiers et trajectoires de reconversion, ainsi qu'un parcours certifiant « clés en main » de reconversion. L'objectif est de permettre l'accès à des métiers porteurs d'emploi pour les personnels en situation d'inaptitude (principalement les aides-soignants) devant se reconvertir, en dressant une liste métiers, emploi et/ou fonctions-cibles pour assurer leur visibilité, et en identifiant les parcours pour y accéder et l'acquisition des compétences nécessaires.

Pour le CHUGA, l'accompagnement de l'ANFH doit se faire par le diagnostic du dispositif existant et l'amélioration des pratiques, ainsi que par l'offre d'un parcours modulaire de formation-action pour des agents en reclassement ou en reconversion sélectionnés en CIRP.

Au total, l'expérience déjà acquise par les différents acteurs, le diagnostic actuel, l'identification d'une mission de référent handicap pour le SST, l'inscription de l'établissement dans le projet ANFH, permettent, en phase avec le contexte national (recommandation HAS), de créer une dynamique favorable pour l'amélioration de la prise en charge de la question de la PDP au CHUGA.

CONCLUSION

6. CONCLUSION

Ce travail a permis tout d'abord de reprendre le contexte réglementaire de la PDP dans la FPH, ainsi que les bonnes pratiques illustrées par divers exemples de dispositifs en place dans les établissements. Ces pratiques manquent néanmoins d'évaluations pour connaître leur efficacité.

Pour la première fois, une cartographie précise des situations des agents éligibles OETH et/ou ayant des restrictions d'aptitude au CHUGA a pu être réalisée. Bien qu'elle ne concerne que le personnel non médical, elle permet pour cette population de mettre clairement en évidence les principales catégories d'agents concernés (grade, âge, type de pathologies, répartition polaire), et les problématiques rencontrées. Cette cartographie à actualiser dans le temps peut également constituer la base d'un outil de suivi des postes aménagés et d'évaluation du dispositif de PDP.

Des pistes de travail prioritaires issues à la fois de l'étude de cette population d'agents et des bonnes pratiques sont suggérées pour discussion avec les acteurs concernés. La part majoritaire d'agents aides-soignants, souffrant de TMS associés aux troubles de l'humeur, touchés de restrictions portant sur la manutention et les horaires de nuit invite à se pencher en premier lieu sur ces situations (tant en prévention primaire, secondaire que tertiaire). En prévention primaire, il serait recommandé de mettre en place des actions de sensibilisation et de formation sur la PDP tant auprès des agents que des cadres, et de renforcer la gestion prévisionnelle des parcours professionnels. En prévention tertiaire, l'aide à la reconversion devrait être facilitée (accompagnement resserré, voire postes de type « dispositifs tremplins »). Comme rappelé dans tous les travaux traitant de la PDP, la bonne coordination de ses acteurs est essentielle.

Ce travail sera l'un des éléments utiles à la dynamique d'optimisation de la démarche de PDP au CHUGA, en phase avec le projet ANFH récemment initié.

THÈSE SOUTENUE PAR : Carole BLUM

TITRE : MAINTIEN DANS L'EMPLOI AU CHU GRENOBLE-ALPES
DIAGNOSTIC ET PISTES D'AMELIORATION

CONCLUSION :

Contexte. La Prévention de la Désinsertion Professionnelle (PDP) est une mission des services de santé au travail et une priorité dans les politiques publiques. Les éléments de contexte propres à la PDP au sein de la Fonction Publique Hospitalière et du CHUGA sont rappelés, dont la volonté locale d'optimiser le dispositif de PDP. Pour ce faire, il est nécessaire de partir d'un diagnostic du fonctionnement (en cours dans le cadre d'un projet ANFH), d'une description des bonnes pratiques existantes au sein de la FPH (recensées dans l'introduction), mais également d'une typologie des situations actuelles précaires en termes de PDP, qui soit fondée sur le recensement des situations individuelles identifiées. Du fait de la gestion séparée des ressources humaines non médicales et médicales au CHU, seules les informations concernant le personnel non médical (PNM) pouvaient être rassemblées et traitées.

Objectif. Ce travail a pour finalité de réaliser une synthèse descriptive (« cartographie ») des situations individuelles à risques concernant le maintien dans l'emploi du PNM du CHUGA.

Méthode. A la demande de la DRH, les gestionnaires RH des pôles ont recensé les PNM présentant des restrictions d'aptitude, ou bénéficiant d'aménagements de postes, ou d'une RQTH ou d'un CLM (recueil réalisé sur la période 2016-2017). Un retour sur les données des dossiers de santé au travail a permis de préciser des variables individuelles confidentielles (ex : pathologies) et non confidentielles (ex : nature des restrictions) et de coder ses informations. Ceci a permis de réaliser une description de la population préservant la confidentialité (pyramide des âges des agents concernés versus celle de l'ensemble des agents du même grade employés au CHUGA, répartition polaire et par métier de ces situations à risques en termes de PDP, description des pathologies et des restrictions, etc).

Résultats. Au total, 389 agents répondant à ces critères ont été identifiés sur 7479 PNM (soit 5,2%). 182 présentaient un avis d'aptitude avec restriction, sachant que parmi les agents sans restriction, 122 avaient bénéficié d'un changement de poste. Notons que sur ces 389 agents, seuls 256 étaient éligibles à l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés (OETH) selon les critères restrictifs du FIPHFP. La moitié des 389 agents a entre 51 et 60 ans. Si l'on compare les agents éligibles OETH à l'ensemble du personnel, on note en particulier la sur-représentation de certains grades dont les aides-soignants : AS (x1,6), les ouvriers (x1,9), les ASH (x1,9), les MER (x1,7x), les sages-femmes (x2), ainsi que les conducteurs ambulanciers (x3). A l'inverse, les grades d'IDE et d'administratifs sont moins représentés (x0,5 et x0,6 respectivement). Les pathologies les plus fréquentes sont les TMS (lésions de l'épaule et lombalgies) et les pathologies psychiatriques au premier rang desquelles les troubles de l'humeur (dépression). Les restrictions d'aptitude les plus fréquentes portent sur la manutention et les contraintes posturales, puis sur les horaires dont plus de la moitié concerne les nuits. Ces typologies sont illustrées graphiquement.

Discussion. Ces informations sont portées à la connaissance des acteurs locaux (DRH, SST, CHSCT), dans un but de meilleure connaissance de la situation et d'optimisation du dispositif en place, en lien par ailleurs avec le rappel de bonnes pratiques de PDP dans la FPH, les récentes recommandations de l'HAS, et le diagnostic du dispositif PDP du CHUGA (projet ANFH). En particulier, il conviendra d'associer la poursuite des efforts en termes de prévention primaire de la pénibilité (risques physiques et RPS en particulier) avec une optimisation de la gestion prévisionnelle des emplois pour les postes pour lesquels les contraintes sont sources d'inaptitudes. En termes de prévention tertiaire l'accompagnement à la reconversion professionnelle devra être renforcé.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER
Grenoble, le : 18/04/2019

LE DOYEN



Pr. Patrice MORAND

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE



Pr. Anne MAITRE

**Pour le Président
et par délégation
—
Le Doyen de Médecine
Pr. Patrice MORAND**

7. REFERENCES

1. European Agency for Safety and Health at Work. Rehabilitation and return to work : Analysis report on EU and Member States policies, strategies and programmes. Bilbao: OSHA; 2016. 94 p.
2. Mathematica Center for Studying Disability Policy, Denne J, Kettner G, Ben-Shalom Y. Return to Work in the Health Care Sector : Promising Practices and Success Stories. Final report submitted to U.S. Department of Labor. Washington (USA): Mathematica; 2015. 28 p.
3. Haute Autorité de Santé. Recommandations de bonne pratique. Santé et maintien en emploi : prévention de la désinsertion professionnelle des travailleurs. Recommandations. Saint-Denis: HAS; 2019. 60 p.
4. Association Nationale pour la Formation permanente du personnel Hospitalier Rhône et Alpes, UNIFAF, ARS. Guide pratique. Inaptitude au travail : comprendre et agir. Villeurbanne: ANFH, UNIFAF, ARS; 2018. 64 p.
5. GILLOT D. Rapport de mission de Dominique Gillot, présidente du Conseil national consultatif des personnes handicapées (CNCPH). Sécuriser les parcours, cultiver les compétences, préserver nos aidants. 2 tomes. Tome 1, La situation des personnes handicapées dans l'emploi. Tome 2, La conciliation rôle d'aidant/vie professionnelle. Rapport remis au ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé. Juin 2018. Tome 1, 138 p.
<https://handicap.gouv.fr/actualites/article/remise-du-rapport-de-dominique-gillot-presidente-du-conseil-national>
6. Inspection Générale des Affaires Sociales. Betterich A, Drolez B et Legrand-Jung B. Rapport n°2018-006R. Handicap et emploi : étude de parcours individuels. 2018. 89 p.
7. Mahé V. Gestion des agents en situation de restrictions d'aptitude durables, dans les établissements de santé. Proposition d'un parcours de retour dans l'emploi. Mémoire pour le DIU Pratique médicale en Santé au travail pour la formation des collaborateurs médecins. Université Paris Descartes; octobre 2018. 30 p.
8. Fédération Hospitalière de France. Kit PHARES (Programme Hospitalier Absentéisme, Recherche, Efficience, Organisation, Santé au travail). Fiche 4 bis, mise à jour le 7 mars 2017 : Accompagner pour permettre un retour durable au travail, 6 mesures complémentaires. 2 p.
9. Caisse Nationale de Retraites des Agents des Collectivités Locales. Le maintien dans l'emploi des fonctionnaires territoriaux et hospitaliers : recueil d'expériences des grands employeurs. Paris:CNRACL; 2018. 78 p.
10. Ministère de la fonction publique, DGAFP. Guide de l'encadrante et de l'encadrant dans la fonction publique. Paris:DGAFP; 2017. 144 p.
11. Handi-Pacte Midi-Pyrénées. Maintenir dans l'emploi public un agent en situation de handicap en Midi-Pyrénées : les expériences et solutions face à chaque difficulté rencontrée. Handi-Pacte MP, AMNYOS Eneis ; janvier 2016. 54 p.

12. Handi-Pacte Champagne-Ardenne. Prévention des risques de désinsertion professionnelle et maintien dans l'emploi des personnes en situation de handicap – Guide des bonnes pratiques et ressources dans la fonction publique en Champagne-Ardenne. Handi-Pacte CA, Practhis ; avril 2016. 60 p.
13. Handi-Pacte Poitou-Charentes. La prévention des inaptitudes et le maintien dans l'emploi dans la fonction publique – Guide pratique à l'usage des employeurs publics. Handi-Pacte PC; décembre 2016. 64 p.
14. Association Nationale de Médecine du Travail et d'Ergonomie du Personnel des Hôpitaux. Bonnes pratiques en Santé au Travail – Le maintien dans l'emploi. Bulletin d'information DPC n°97 du 15/04/2015.
15. Fassier JB, Bakkari D, Grataloup M, Massardier-Pilonchéry A, Bergeret A, Groupe d'Etude IRMA, Hospices civils de Lyon. Limitations d'aptitudes émises par les médecins du travail pour les travailleurs lombalgiques : expérience d'un centre hospitalier universitaire. Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement. 2016; 77(3):401.
16. DIRECCTE Auvergne Rhône-Alpes. La charte régionale pour le maintien dans l'emploi des Travailleurs Handicapés. Disponible en ligne, dernier accès en mai 2019.
http://auvergne-rhone-alpes.direccte.gouv.fr/sites/auvergne-rhone-alpes.direccte.gouv.fr/IMG/pdf/charte_regionale_maintien_actualisation2017_vf20171117.pdf
17. L'Observatoire régional de l'emploi des personnes handicapées. Tableau de bord 2018 – Statistiques et indicateurs du handicap et de l'insertion professionnelle en Auvergne-Rhône-Alpes.
18. Association Nationale pour la Formation permanente du personnel Hospitalier Rhône et Alpes, UNIFAF, ARS. Enquête sur les situations d'inaptitude auprès des établissements de la Fonction Publique Hospitalière et du Secteur privé non lucratif de la région Rhône-Alpes. Villeurbanne: ANFH, UNIFAF, ARS;2015.
19. Association Nationale pour la Formation permanente du personnel Hospitalier Rhône et Alpes, UNIFAF, ARS. Gestion et accompagnement des personnels en situations d'inaptitude dans le secteur sanitaire et médico-social. Villeurbanne: ANFH, UNIFAF, ARS;2016.
20. Michel E, Amar A, Josselin V, Caroly S, Merceron G, de Gaudemaris R. Evaluation d'une stratégie pluridisciplinaire de maintien et retour au travail au CHU de Grenoble. Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement. 2007; 68(5):474-481.
21. Institut National du Cancer. La charte des 11 engagements « Cancer et Emploi ». INCA, ANDRH, ANACT. Disponible en ligne, dernier accès en mai 2019.
<https://www.e-cancer.fr/Institut-national-du-cancer/Cancer-et-Emploi/Charte-des-11-engagements>

8. ANNEXES

8.1. Questionnaire

- 1) Quel est le nombre d'agents dans votre établissement ? _____
- 2) À combien estimez-vous le nombre de cas de dossiers ayant une problématique de maintien dans l'emploi ? _____
- 3) Quel est le pourcentage de cas estimés réglés en amont par le médecin du travail ? _____
- 4) - Existe-t-il une commission spécifique de maintien dans l'emploi ?
 - Oui
 - Non
 - Son périmètre est-il lié aux seuls reclassements (changements de poste ou de fonction) ?
 - Oui
 - Non : les autres champs d'actions sont _____
 - Qui fait partie de la commission ? :
 - médecin agréé
 - médecin du travail
 - infirmier
 - psychologue
 - ergonome
 - assistante sociale
 - agent invité
 - cadre invité
 - représentant d'organisation syndicale du CHSCT
 - ressources humaines
 - formation continue
 - Autre : _____
 - Existe-t-il un parcours type de l'agent engagé dans le dispositif ?
 - Oui : _____
 - Non
- 5) - Existe-t-il un référent handicap ?
 - Oui
 - Non
 - Quelle est son affiliation ?
 - DRH
 - SST
 - Autre _____
 - Quel est son profil professionnel ? _____
 - Quelle est l'étendue de ses missions ? _____

- 6) - Quelles sont les actions du FIPHFP dont les agents de votre établissement ont pu bénéficier depuis le 1^{er} janvier 2017 ?
- Financement d'aides matérielles pour améliorer les conditions de vie personnelles et professionnelles des agents en situation de handicap (prothèses, fauteuil roulant...)
 - Amélioration des conditions de transport de l'agent
 - Renforcement de l'accessibilité des lieux de travail
 - Accompagnement de l'employeur dans le développement d'une politique handicap
 - Aménagement du poste de travail
 - Accompagnement via des aides humaines (auxiliaire, interprète)
 - Aide au renforcement de l'accessibilité numérique
 - Formation des personnes en situation de handicap (bilan de compétences, formation destinée à compenser le handicap ou dans le cadre d'un reclassement)
 - Information, sensibilisation, formation des collaborateurs
- Quelles sont vos remarques sur leur mise en place ? _____
- Etes-vous limités par la complexité pour obtenir ces aides ? _____

- 7) Quel est le degré d'anticipation de ces situations pour le dispositif ?
- Existence d'une Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences
 - Cadres formés pour détecter et alerter sur les situations problématiques
 - Saisie précoce par les médecins voyant les individus arrêtés et posant un problème de maintien dans l'emploi
 - Saisie plutôt tardive du dispositif pour les cas les plus complexes et les plus difficiles à gérer

- 8) Y a t'il parfois mise en place d'un accompagnement pour la reprise du travail ?
- tutorat
 - postes « tremplin » pour un retour doux à l'emploi (sur environ 3 mois)
 - autre : _____

- 9) Quels sont les résultats au sein de votre établissement (à l'issue des congés maladie de plus d'un mois et/ou de plus de 6 mois) ? :
- % d'agents remis sur le même poste avec adaptation (ergonomique, temps de travail) ?
 - % de changements de poste (en gardant la même fonction) ?
 - % de reclassement statutaire ?
 - % de retraite pour invalidité ?

- 10) Quel est votre degré de satisfaction par rapport au système existant ?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pas du tout satisfait					Tout à fait satisfait					

- 11) - Pouvez-vous préciser les intérêts/limites du système existant ? _____
- Que conseilleriez-vous pour optimiser le système ? _____

12) Les services en 10h ou 12h gardent-ils un ou 2 postes en 7h30 pour permettre à des agents en restriction de poursuivre leur activité ?

- Oui
- Non

13) Pensez-vous que le maintien dans l'emploi est devenu aujourd'hui plus difficile du fait des nouvelles organisations du travail ou de l'intensification du travail ?

14) Selon vous, le degré de priorité du maintien dans l'emploi vous semble-t-il suffisant ?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pas du tout suffisant					Tout à fait suffisant					

15) Acceptez-vous d'être éventuellement appelé(e) pour échanger davantage ?

- oui : mes coordonnées sont _____

8.2. Glossaire et acronymes des pôles

Pôle 2 : Anesthésie-Réanimation - PAR

Pôle 4 : Thorax et Vaisseaux - PTV

Pôle 5 : Urgence Médecine Aiguë - PUMA

Pôle 6 : Digestif Dune - DIGIDUNE

Pôle 8 : Pluridisciplinaire de Médecine et Gériatrie Clinique - PPMGC

Pôle 9 : Couple Enfant - PCE

Pôle 10 : Psychiatrie Neurologie et Rééducation Neurologique - PPNR

Pôle 13 : Imagerie

Pôle 14 : biologie et Pathologie

Pôle 15 : Pharmacie

Pôle 16 : Recherche

Pôle 17 : Santé Publique

Pôle 18 : Gestion des blocs - PGBO

Pôle 19 : Management

Pôle 20 : Finances et Systèmes d'information

Pôle 23 : Travaux et Services Techniques -PTST

Pôle 24 : Ressources Formation

Pôle 25 : Achats Equipements Logistiques - PAEL

Pôle 26 : Appareil Locomoteur Chirurgie Réparatrice et Organe des Sens - PALCROS

Pôle 27 : Cancer et Maladie du Sang

8.3. Grades

AS = Aide Soignant (AS, AS brancardier, AS principal, AS auxiliaire de puériculture,...)

ASH = Agent de Service Hospitalier Qualifié

IDE = Infirmier Diplômé d'Etat (ISGS, IADE, IBODE, BLOC, Cadre,...)

Ouv = Ouvrier ; regroupe plusieurs grades :

- AEQ = Agent d'Entretien Qualifié (services techniques logistiques : magasinier, buandier, régulation..)
- Agent de Maîtrise (encadre un secteur, cat.C)
- OP = Ouvrier Principal 2e classe, anciennement OPQ et Maître Ouvrier (CAP ou BEP, buanderie, imprimerie, climatisation, atelier froid..)
- TSH = Technicien Supérieur Hospitalier (cat.B, encadre OP/AEQ, dans les services technique, logistique, biomédical.. ; gestionnaire réseau et chef de salle = informatique)

Adm = Administratif ; regroupe 2 grades :

- Adj Adm = Adjoint Administratif (secrétaire, cat.C)
- AMA = Assistant Médico-Administratif (secrétaire médicale)

MER = Manipulateur ElectroRadio

Sage-Femme

Cond Amb = Conducteur Ambulancier

Labo = Laboratoire (aide labo, technicien de labo)

Autre (Ergothérapeute, Masseur-kiné, Puéricultrice, Préparateur en Pharmacie, Assistante sociale)

8.4. CIM-10

La CIM-10 (Classification statistique Internationale des Maladies et des problèmes de santé connexes, 10^e révision) est publiée par l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé), ses mises à jour sont disponibles sur son [site internet](#), et la dernière version traduite en français est publiée en 2018 au [Bulletin Officiel spécial n°2018/9 bis](#).

Les codes utilisés pour la typologie des agents en restriction d'aptitude sont les suivants :

A00-B99 (Ch1) : certaines maladies infectieuses et parasitaires

- B24 : immunodéficience humaine [VIH], sans précision
- B91 : séquelles de poliomyélite
 - B94.1 : séquelles d'encéphalite virale

C00-D48 (Ch2): tumeurs

- C50 : tumeur maligne du sein

C51-58 : tumeurs malignes des organes génitaux de la femme

- C55 : tumeur maligne de l'utérus, partie non précisée
 - C57.9 : tumeur maligne des voies génito-urinaires de la femme

C81-C96 : tumeurs malignes primitives ou présumées primitives des tissus lymphoïde, hématopoïétique et apparentés

- C90 : myélome multiple et tumeurs malignes à plasmocytes
- C96 : tumeurs malignes des tissus lymphoïde, hématopoïétique et apparentés, autres et non précisés
 - D33.3 : tumeur bénigne de nerfs crâniens

D50-D89 (Ch3): maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire

- D56 : thalassémie
 - D86.8 : sarcoïdose de localisations autres et associées

E00-E90 (Ch4): maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques

- E05 : thyrotoxicose [hyperthyroïdie]
- E10 : diabète sucré de type 1
 - E10.3 : diabète sucré de type 1, avec complications oculaires [rétinopathie diabétique]
- E11 : diabète sucré de type 2
 - E27.3 : insuffisance corticosurrénale médicamenteuse
 - E66.0 : obésité due à un excès calorique
 - E83.1 : hémochromatose
 - E89.3 : hypopituitarisme après irradiation

F00-F99 (Ch5): troubles mentaux et du comportement

- F10.8 : troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool
- F29 : psychose non organique, sans précision
 - F31.9 : trouble affectif bipolaire, sans précision
 - F32.9 : épisode dépressif sans précision
 - F40.2 : phobies spécifiques (isolées)
- F41 : troubles anxieux (autres que phobiques)
 - F41.1 : anxiété généralisée
 - F41.2 : trouble anxieux et dépressif mixte
- F43 : réaction à un facteur de stress sévère, et troubles de l'adaptation
 - F43.1 : état de stress post-traumatique
 - F51.0 : insomnie non organique
- F99 : trouble mental, sans autre précision

G00-G99 (Ch6): maladies du système nerveux

- G20 : maladie de Parkinson
- G35 : sclérose en plaques
- G40 : épilepsie
 - G40.5 : syndromes épileptiques particuliers, crises dues à la privation de sommeil
- G43 : migraine
 - G45.9 : accident ischémique cérébral transitoire, sans précision
- G47 : troubles du sommeil
 - G47.3 : apnée du sommeil
 - G47.4 : narcolepsie et cataplexie
 - G52.8 : affections d'autres nerfs crâniens précisés [névralgie d'Arnold]
 - G56.0 : syndrome du canal carpien
 - G61.0 : syndrome de Guillain-Barré

G80-83 : paralysies cérébrales et autres syndromes paralytiques

- G81 : hémiplégie
 - G82.5 : tétraplégie, sans précision
 - G91.1 : hydrocéphalie obstructive (non communicante)

H00-H59 (Ch7): maladies de l'œil et de ses annexes

- H31 : autres affections de la choroïde
- H35 : autres affections rétinienues

- H54 : déficience visuelle incluant la cécité

H60-H95 (Ch8): maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde

- H80 : otosclérose
 - H90.4 : surdité neurosensorielle unilatérale sans altération de l'audition de l'autre oreille
 - H91.9 : perte de l'audition, sans précision
 - H93.1 : acouphènes

I00-I99 (Ch9): maladies de l'appareil circulatoire

- I10 : hypertension essentielle (primitive)
- I21 : infarctus du myocarde aigu
 - I27.0 : hypertension pulmonaire primitive
- I35 : atteintes non rhumatismales de la valvule aortique
- I47 : tachycardie paroxystique
- I60 : hémorragie sous-arachnoïdienne
- I64 : accident vasculaire cérébral
 - I67.1 : anévrisme cérébral, non rompu
 - I73.0 : syndrome de Raynaud
 - I83.9 : varices des membres inférieurs sans ulcère ou inflammation
 - I97.2 : lymphœdème après mastectomie

J00-J99 (Ch10): maladies de l'appareil respiratoire

- J32 : sinusite chronique
 - J45.9 : asthme, sans précision
 - J98.8 : autres troubles respiratoires précisés

K00-K93 (Ch11): maladies de l'appareil digestif

- K43.9 : hernie de la paroi abdominale antérieure autre non précisée, sans occlusion ni gangrène
- K76.0 : dégénérescence graisseuse du foie, stéatose hépatique non alcoolique
- K80 : cholélithiase
 - K90.8 : autres malabsorptions intestinales, maladie de Whipple
 - K92.9 : maladie du système digestif, sans précision

L00-L99 (Ch12) : maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané

- L13.8 : autres dermatoses bulleuses précisées
 - L23.5 : dermite allergique de contact due au caoutchouc
- L24 : dermite irritante de contact

M00-M99 (Ch13): maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif

- M06 : autres polyarthrites rhumatoïdes (autres que séropositives)
 - M07.3 : autres arthropathies psoriasiques
 - M13.9 : arthrite, sans précision

M15-19 : arthroses

- M15.9 : polyarthrose, sans précision
- M17 : gonarthrose
 - M19.0 : arthrose primaire d'autres articulations, [épaule, main]
 - M20.1 : hallux valgus (acquis)
- M23 : lésion interne du genou
 - M23.2 : lésion du ménisque due à une déchirure ou un traumatisme ancien
 - M31.4 : syndrome de la crosse aortique (Takayasu)
- M33 : dermatopolymyosite

M40-M54 : dorsopathies

- M40 : cyphose et lordose
- M41 : Scoliose (cyphoscoliose)
- M45 : spondylarthrite ankylosante

- M48.0 : rétrécissement du canal médullaire
- M50 : atteintes des disques cervicaux
 - M50.1 : atteinte d'un disque cervical avec radiculopathie
 - M50.2 : autre hernie d'un disque cervical
 - M51.1 : sciatique due à une discopathie intervertébrale
 - M51.9 : atteinte d'un disque intervertébral, sans précision
 - M53.1 : syndrome cervico-brachial
 - M54.2 : cervicalgie
 - M54.3 : sciatique
 - M54.4 : lumbago avec sciatique
 - M54.5 : lombalgie basse
 - M54.6 : rachialgies dorsales (dorso-lombaires, lombaires)
- M65 : synovite et ténosynovite
 - M65.2 : tendinite calcifiante
 - M65.4 : tendinite de Quervain
 - M72.2 : fibromatose de l'aponévrose plantaire
- M75 : lésions de l'épaule
 - M75.0 : capsulite rétractile de l'épaule
 - M75.1 : syndrome de la coiffe des rotateurs
 - M75.3 : tendinite calcifiante de l'épaule
 - M76.0 : tendinite de la région fessière
- M77 : autres enthésopathies
 - M77.1 : épicondylite
 - M77.8 : autres enthésopathies, non classées ailleurs [main]
- M79 : autres affections des tissus mous, non classées ailleurs
 - M79.0 : rhumatisme, sans précision
 - M79.2 : névralgie et névrite, sans précision [région pelvienne et cuisse]
 - M79.7 : fibromyalgie
- M80 : ostéoporose avec fracture pathologique
- M81 : ostéoporose sans fracture pathologique
 - M85.6 : autres kystes osseux [main]
- M89 : autres maladies osseuses
 - M89.0 : algoneurodystrophie [membre supérieur]
 - M89.9 : maladie osseuse, sans précision

N00-N99 (Ch14) : maladies de l'appareil génito-urinaire

- N30.1 : cystite interstitielle (chronique)
- N97.9 : stérilité de la femme, sans précision

Q00-Q99 (Ch17) : malformations congénitales et anomalies chromosomiques

- Q51.8 : autres malformations congénitales de l'utérus et du col de l'utérus
- Q61.3 : rein polykystique, sans précision
- Q74.2 : malformations congénitales d'un (des) membre(s) inférieur(s), y compris la ceinture pelvienne
- Q87.4 : syndrome de Marfan

R00-R99 (Ch18) : symptômes, signes et résultats anormaux d'examen cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs

- R20.8 : troubles de la sensibilité cutanée, autres et non précisés
- R53 : malaise et fatigue (asthénie chronique)
- R55 : syncope et collapsus

S00-T98 (Ch19) : lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes

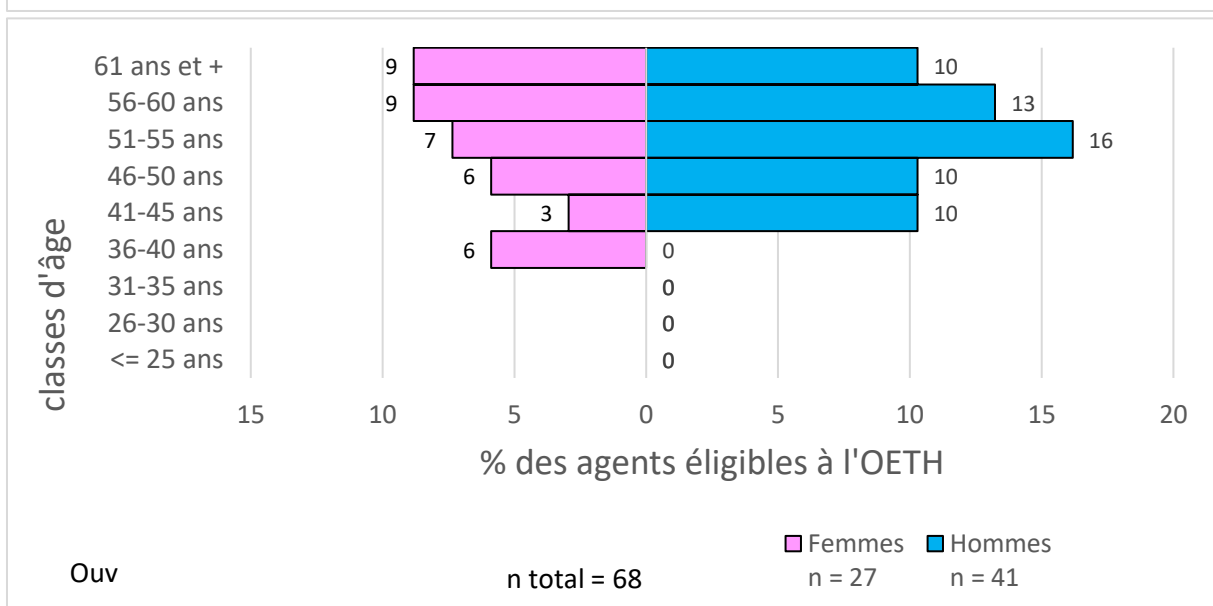
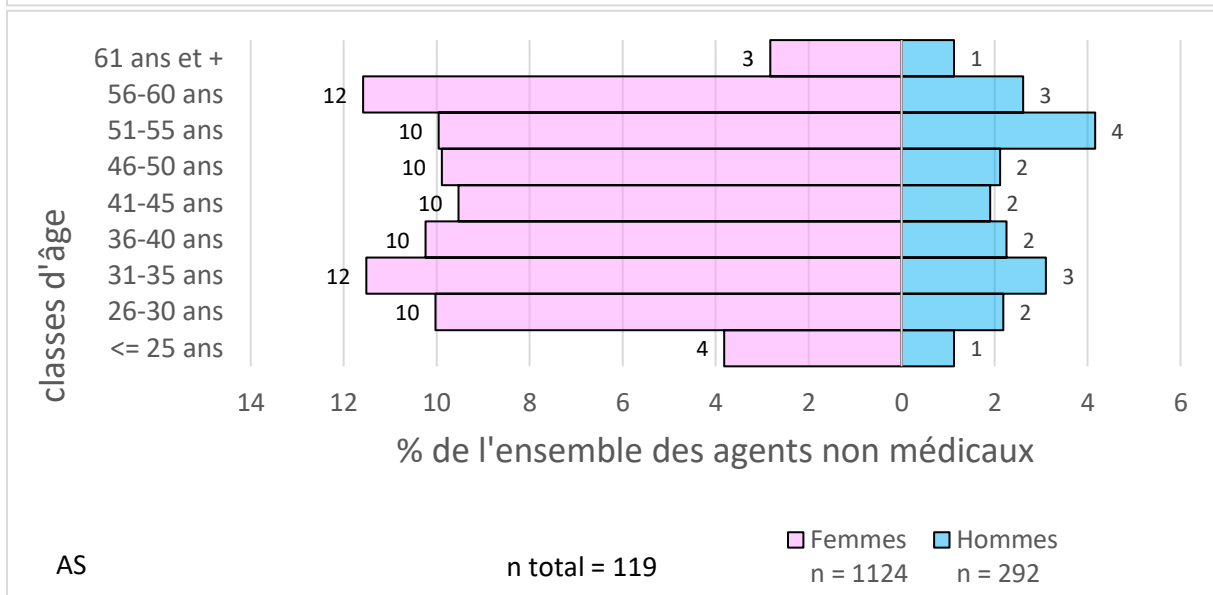
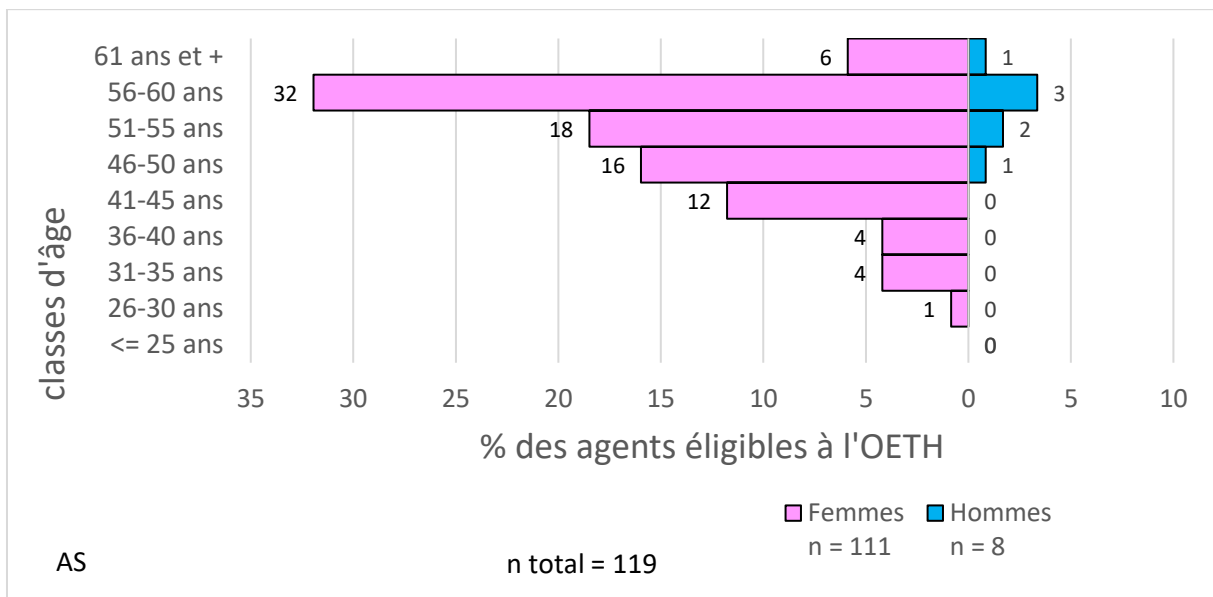
- S02.1 : fracture de la base du crâne
- S06 : lésion traumatique intracrânienne
 - S06.9 : traumatisme cérébral
- S12 : fracture du cou
 - S22.3 : fracture de côte
 - S33.1 : luxation d'une vertèbre lombaire

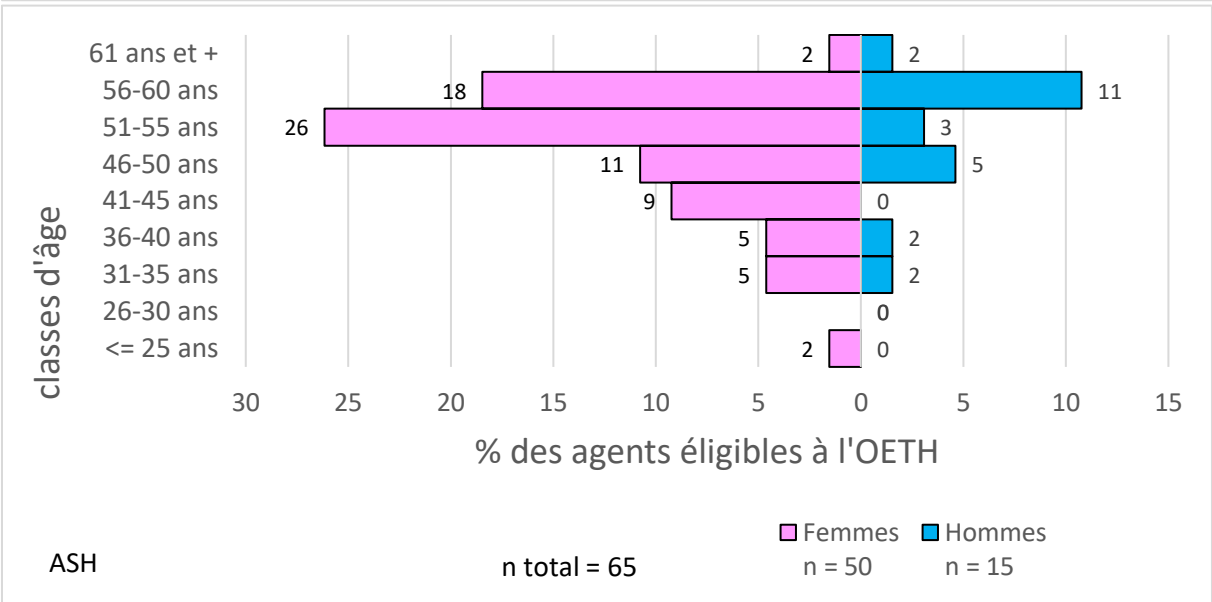
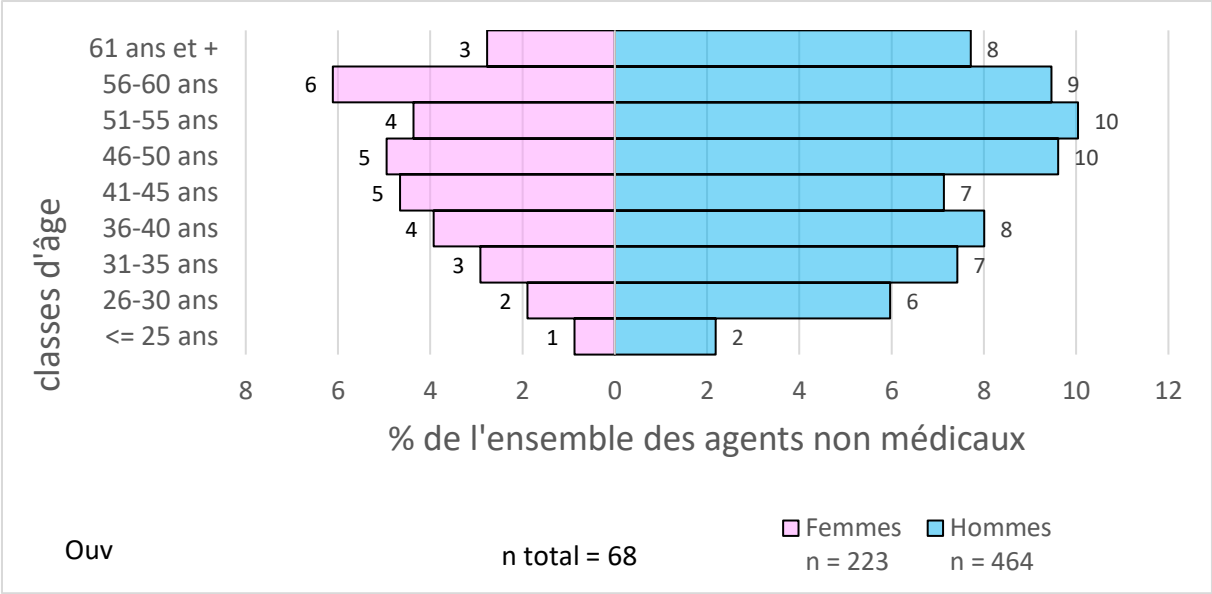
- S42 : fracture de l'épaule et du bras
 - S42.7 : fractures multiples de la clavicule, de l'omoplate et de l'humérus
 - S43.0 : luxation de l'épaule
- S52 : fracture de l'avant-bras
 - S66.4 : lésion traumatique de muscles et de tendons intrinsèques du pouce au niveau du poignet et de la main
 - S68.0 : amputation traumatique du pouce
 - S68.2 : amputation traumatique de deux doigts ou plus
- S72 : fracture du fémur
- S82 : fracture de la jambe, y compris la cheville
 - S82.0 : fracture de la rotule
 - S83.5 : entorse et foulure des ligaments croisés du genou
 - S84.1 : lésion traumatique du nerf sciatique poplité externe au niveau de la jambe
 - S86.0 : lésion traumatique du tendon d'Achille
 - T52.8 : effet toxique de solvants organiques

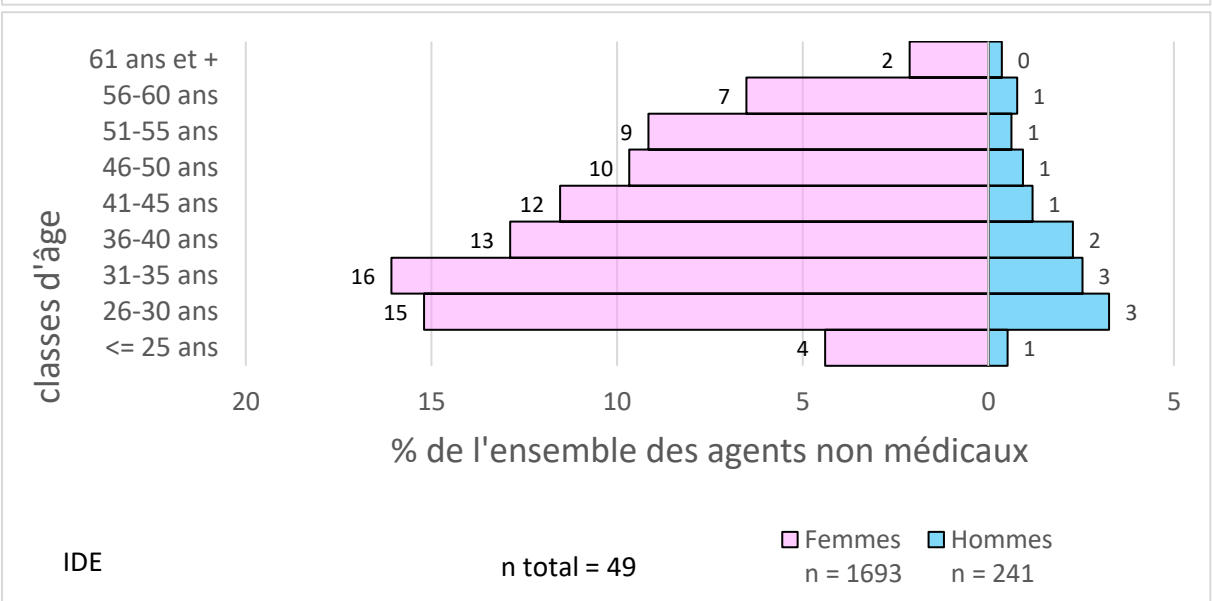
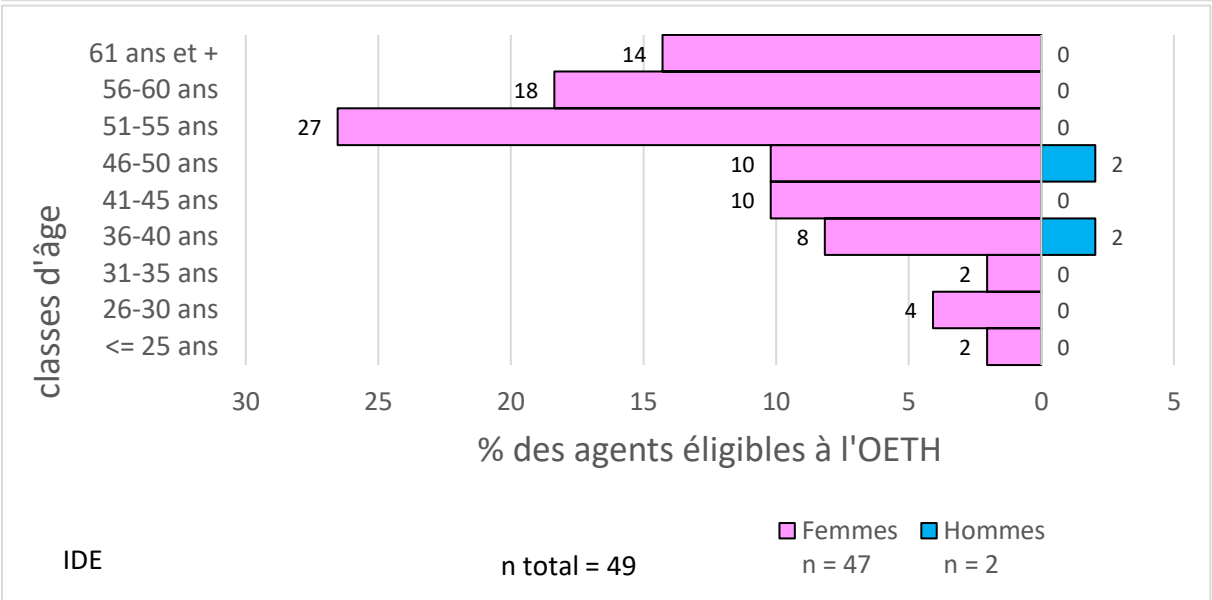
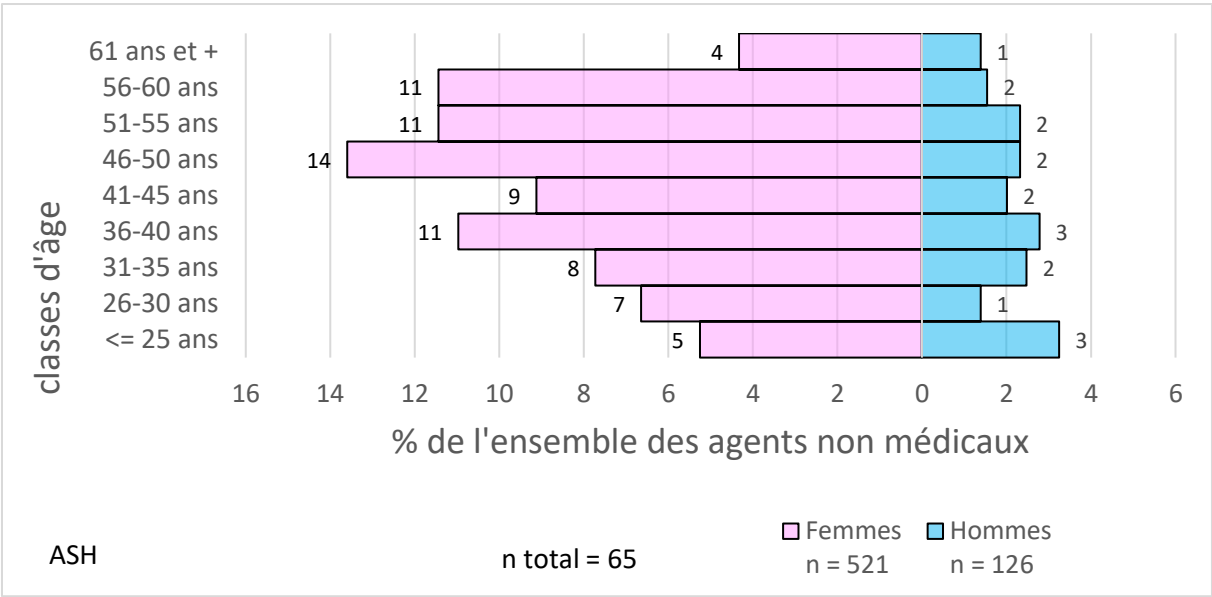
Z00-Z99 (Ch21) : facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé

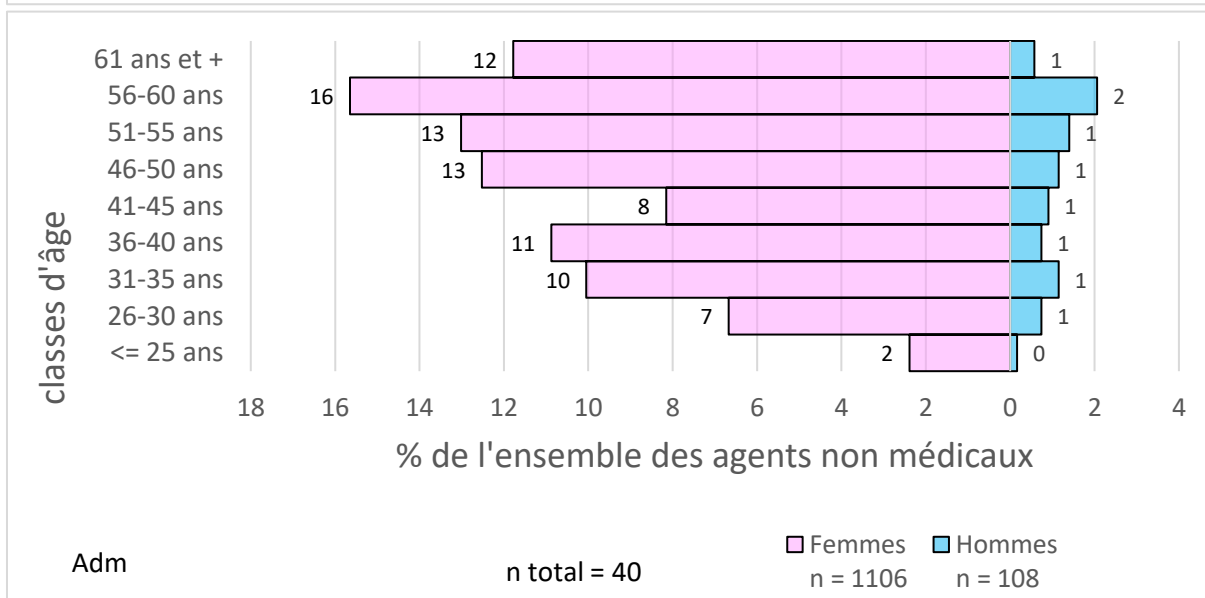
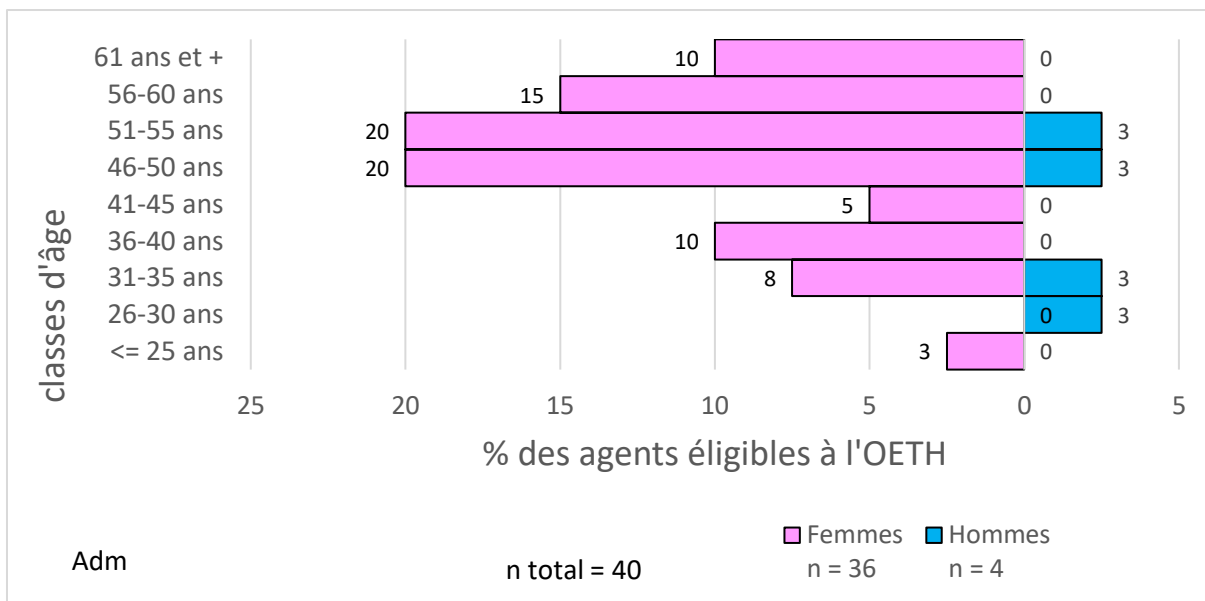
- Z73.0 : surmenage
- Z94.0 : présence d'une greffe de rein
- Z95.0 : présence d'un stimulateur cardiaque
- Z98.1 : présence d'une arthrodèse chirurgicale

8.5. Pyramides des âges par grades









8.6. Chi2

8.6.1. Classes d'âges

Tableau croisé Age en classes * Fichier

		Fichier		
		Restriction d'aptitude	PNM CHUGA	Total
Age en classes <=25 ans	Effectif	3	316	319
	% compris dans Age en classes	,9%	99,1%	100,0%
	% compris dans Fichier	,8%	4,2%	4,1%
26-30 ans	Effectif	4	942	946
	% compris dans Age en classes	,4%	99,6%	100,0%
	% compris dans Fichier	1,0%	12,6%	12,0%
31-35 ans	Effectif	15	1132	1147
	% compris dans Age en classes	1,3%	98,7%	100,0%
	% compris dans Fichier	3,9%	15,1%	14,6%
36-40 ans	Effectif	25	1006	1031
	% compris dans Age en classes	2,4%	97,6%	100,0%
	% compris dans Fichier	6,4%	13,5%	13,1%
41-45 ans	Effectif	43	883	926
	% compris dans Age en classes	4,6%	95,4%	100,0%
	% compris dans Fichier	11,1%	11,8%	11,8%
46-50 ans	Effectif	61	884	945
	% compris dans Age en classes	6,5%	93,5%	100,0%
	% compris dans Fichier	15,7%	11,8%	12,0%
51-55 ans	Effectif	91	887	978
	% compris dans Age en classes	9,3%	90,7%	100,0%
	% compris dans Fichier	23,4%	11,9%	12,4%
56-60 ans	Effectif	111	947	1058
	% compris dans Age en classes	10,5%	89,5%	100,0%
	% compris dans Fichier	28,5%	12,7%	13,4%
61 ans et +	Effectif	36	482	518
	% compris dans Age en classes	6,9%	93,1%	100,0%
	% compris dans Fichier	9,3%	6,4%	6,6%
Total	Effectif	389	7479	7868
	% compris dans Age en classes	4,9%	95,1%	100,0%
	% compris dans Fichier	100,0%	100,0%	100,0%

Tests du Khi-deux

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	216,275 ^a	8	,000
Rapport de vraisemblance	239,354	8	,000
Nombre d'observations valides	7868		

a. 0 cellules (,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 15,77.

8.6.2. Statuts

statut	Nombre d'agents non médicaux éligibles OETH selon la direction par statut	Ensemble des agents non médicaux du CHUGA par statut	% d'agents non médicaux éligibles OETH selon la direction par statut	% de l'ensemble des agents non médicaux du CHUGA par statut
Titulaire	371	5 410	95,4%	75,0%
Contractuel	15	437	3,9%	6,1%
Stagiaire	3	1 365	0,8%	18,9%
TOTAL	389	7 212		

chi2 = 90,7	2 ddl	p < 10-6
-------------	-------	----------

8.6.3. Grades

Tableau croisé Métier * Fichier

		Fichier		Total
		Restriction d'aptitude	PNM CHUGA	
Métier Adm	Effectif	40	1214	1254
	% compris dans Métier	3,2%	96,8%	100,0%
	% compris dans Fichier	10,3%	16,2%	15,9%
AS	Effectif	119	1416	1535
	% compris dans Métier	7,8%	92,2%	100,0%
	% compris dans Fichier	30,6%	18,9%	19,5%
ASH	Effectif	65	647	712
	% compris dans Métier	9,1%	90,9%	100,0%
	% compris dans Fichier	16,7%	8,7%	9,0%
Autre	Effectif	7	968	975
	% compris dans Métier	,7%	99,3%	100,0%
	% compris dans Fichier	1,8%	12,9%	12,4%
Cond Amb	Effectif	8	49	57
	% compris dans Métier	14,0%	86,0%	100,0%
	% compris dans Fichier	2,1%	,7%	,7%
IDE	Effectif	48	1934	1982
	% compris dans Métier	2,4%	97,6%	100,0%
	% compris dans Fichier	12,3%	25,9%	25,2%
Labo	Effectif	10	310	320
	% compris dans Métier	3,1%	96,9%	100,0%
	% compris dans Fichier	2,6%	4,1%	4,1%
MER	Effectif	15	170	185
	% compris dans Métier	8,1%	91,9%	100,0%
	% compris dans Fichier	3,9%	2,3%	2,4%
Ouv	Effectif	68	687	755
	% compris dans Métier	9,0%	91,0%	100,0%
	% compris dans Fichier	17,5%	9,2%	9,6%
Sage-Femme	Effectif	9	84	93
	% compris dans Métier	9,7%	90,3%	100,0%
	% compris dans Fichier	2,3%	1,1%	1,2%
Total	Effectif	389	7479	7868
	% compris dans Métier	4,9%	95,1%	100,0%
	% compris dans Fichier	100,0%	100,0%	100,0%

Tests du Khi-deux

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	171,557 ^a	9	,000
Rapport de vraisemblance	180,730	9	,000
Nombre d'observations valides	7868		

a. 2 cellules (10,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 2,82.

8.6.4. Pluripathologie

Patho_M * Patho_F

Tableau croisé

			Patho_F		
			0	1	Total
Patho_M	0	Effectif	119	36	155
		% compris dans Patho_M	76,8%	23,2%	100,0%
		% compris dans Patho_F	36,2%	60,0%	39,8%
1	Effectif	Effectif	210	24	234
		% compris dans Patho_M	89,7%	10,3%	100,0%
		% compris dans Patho_F	63,8%	40,0%	60,2%
Total	Effectif	Effectif	329	60	389
		% compris dans Patho_M	84,6%	15,4%	100,0%
		% compris dans Patho_F	100,0%	100,0%	100,0%

Tests du Khi-deux

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Signification exacte (bilatérale)	Signification exacte (unilatérale)
Khi-deux de Pearson	12,022 ^a	1	,001		
Correction pour la continuité ^b	11,049	1	,001		
Rapport de vraisemblance	11,762	1	,001		
Test exact de Fisher				,001	,000
Association linéaire par linéaire	11,991	1	,001		
Nombre d'observations valides	389				

a. 0 cellules (,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 23,91.

b. Calculé uniquement pour un tableau 2x2

Patho_M * Patho_G

Tableau croisé

			Patho_G		
			0	1	Total
Patho_M	0	Effectif	131	24	155
		% compris dans Patho_M	84,5%	15,5%	100,0%
		% compris dans Patho_G	36,8%	72,7%	39,8%
1	Effectif	225	9	234	
	% compris dans Patho_M	96,2%	3,8%	100,0%	
	% compris dans Patho_G	63,2%	27,3%	60,2%	
Total	Effectif	356	33	389	
	% compris dans Patho_M	91,5%	8,5%	100,0%	
	% compris dans Patho_G	100,0%	100,0%	100,0%	

Tests du Khi-deux

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Signification exacte (bilatérale)	Signification exacte (unilatérale)
Khi-deux de Pearson	16,266 ^a	1	,000		
Correction pour la continuité ^b	14,801	1	,000		
Rapport de vraisemblance	16,036	1	,000		
Test exact de Fisher				,000	,000
Association linéaire par linéaire	16,224	1	,000		
Nombre d'observations valides	389				

a. 0 cellules (,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 13,15.

b. Calculé uniquement pour un tableau 2x2

Patho_M * Patho_S

Tableau croisé

			patho_S		
			0	1	Total
Patho_M	0	Effectif	140	15	155
		% compris dans Patho_M	90,3%	9,7%	100,0%
		% compris dans patho_S	38,5%	60,0%	39,8%
1	Effectif	224	10	234	
	% compris dans Patho_M	95,7%	4,3%	100,0%	
	% compris dans patho_S	61,5%	40,0%	60,2%	
Total	Effectif	364	25	389	
	% compris dans Patho_M	93,6%	6,4%	100,0%	
	% compris dans patho_S	100,0%	100,0%	100,0%	

Tests du Khi-deux

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Signification exacte (bilatérale)	Signification exacte (unilatérale)
Khi-deux de Pearson	4,528 ^a	1	,033		
Correction pour la continuité ^b	3,674	1	,055		
Rapport de vraisemblance	4,411	1	,036		
Test exact de Fisher				,055	,029
Association linéaire par linéaire	4,516	1	,034		
Nombre d'observations valides	389				

a. 0 cellules (,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 9,96.

b. Calculé uniquement pour un tableau 2x2

Patho_F * Patho_G

Tableau croisé

			Patho_G		Total
			0	1	
Patho_F	0	Effectif	298	31	329
		% compris dans Patho_F	90,6%	9,4%	100,0%
		% compris dans Patho_G	83,7%	93,9%	84,6%
1	Effectif	58	2	60	
	% compris dans Patho_F	96,7%	3,3%	100,0%	
	% compris dans Patho_G	16,3%	6,1%	15,4%	
Total	Effectif	356	33	389	
	% compris dans Patho_F	91,5%	8,5%	100,0%	
	% compris dans Patho_G	100,0%	100,0%	100,0%	

Tests du Khi-deux

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Signification exacte (bilatérale)	Signification exacte (unilatérale)
Khi-deux de Pearson	2,424 ^a	1	,120		
Correction pour la continuité ^b	1,703	1	,192		
Rapport de vraisemblance	2,976	1	,085		
Test exact de Fisher				,137	,088
Association linéaire par linéaire	2,417	1	,120		
Nombre d'observations valides	389				

a. 0 cellules (,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 5,09.

b. Calculé uniquement pour un tableau 2x2

Patho_F * Patho_S

Tableau croisé

			patho_S		Total
			0	1	
Patho_F	0	Effectif	307	22	329
		% compris dans Patho_F	93,3%	6,7%	100,0%
		% compris dans patho_S	84,3%	88,0%	84,6%
1	1	Effectif	57	3	60
		% compris dans Patho_F	95,0%	5,0%	100,0%
		% compris dans patho_S	15,7%	12,0%	15,4%
Total	Total	Effectif	364	25	389
		% compris dans Patho_F	93,6%	6,4%	100,0%
		% compris dans patho_S	100,0%	100,0%	100,0%

Tests du Khi-deux

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Signification exacte (bilatérale)	Signification exacte (unilatérale)
Khi-deux de Pearson	,240 ^a	1	,624		
Correction pour la continuité ^b	,042	1	,839		
Rapport de vraisemblance	,255	1	,613		
Test exact de Fisher				,780	,442
Association linéaire par linéaire	,240	1	,625		
Nombre d'observations valides	389				

a. 1 cellules (25,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 3,86.

b. Calculé uniquement pour un tableau 2x2

Patho_G * Patho_S

Tableau croisé Patho_G * patho_S

			patho_S		Total
			0	1	
Patho_G	0	Effectif	332	24	356
		% compris dans Patho_G	93,3%	6,7%	100,0%
		% compris dans patho_S	91,2%	96,0%	91,5%
1	1	Effectif	32	1	33
		% compris dans Patho_G	97,0%	3,0%	100,0%
		% compris dans patho_S	8,8%	4,0%	8,5%
Total	Total	Effectif	364	25	389
		% compris dans Patho_G	93,6%	6,4%	100,0%
		% compris dans patho_S	100,0%	100,0%	100,0%

Tests du Khi-deux

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Signification exacte (bilatérale)	Signification exacte (unilatérale)
Khi-deux de Pearson	,692 ^a	1	,406		
Correction pour la continuité ^b	,212	1	,645		
Rapport de vraisemblance	,836	1	,361		
Test exact de Fisher				,710	,353
Association linéaire par linéaire	,690	1	,406		
Nombre d'observations valides	389				

a. 1 cellules (25,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 2,12.

b. Calculé uniquement pour un tableau 2x2

Patho_M40_M54 * Patho_F

Tableau croisé

			Patho_F		
			0	1	Total
patho_M40_M54	0	Effectif	219	45	264
		% compris dans patho_M40_M54	83,0%	17,0%	100,0%
		% compris dans Patho_F	66,6%	75,0%	67,9%
	1	Effectif	110	15	125
		% compris dans patho_M40_M54	88,0%	12,0%	100,0%
		% compris dans Patho_F	33,4%	25,0%	32,1%
Total	Effectif		329	60	389
		% compris dans patho_M40_M54	84,6%	15,4%	100,0%
		% compris dans Patho_F	100,0%	100,0%	100,0%

Tests du Khi-deux

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Signification exacte (bilatérale)	Signification exacte (unilatérale)
Khi-deux de Pearson	1,655 ^a	1	,198		
Correction pour la continuité ^b	1,291	1	,256		
Rapport de vraisemblance	1,718	1	,190		
Test exact de Fisher				,230	,127
Association linéaire par linéaire	1,651	1	,199		
Nombre d'observations valides	389				

a. 0 cellules (,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 19,28.

b. Calculé uniquement pour un tableau 2x2

Patho_M40_M54 * Patho_G

Tableau croisé

			Patho_G		Total
			0	1	
patho_M40_M54	0	Effectif	233	31	264
		% compris dans patho_M40_M54	88,3%	11,7%	100,0%
		% compris dans Patho_G	65,4%	93,9%	67,9%
	1	Effectif	123	2	125
		% compris dans patho_M40_M54	98,4%	1,6%	100,0%
		% compris dans Patho_G	34,6%	6,1%	32,1%
Total	Effectif		356	33	389
		% compris dans patho_M40_M54	91,5%	8,5%	100,0%
		% compris dans Patho_G	100,0%	100,0%	100,0%

Tests du Khi-deux

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Signification exacte (bilatérale)	Signification exacte (unilatérale)
Khi-deux de Pearson	11,240 ^a	1	,001		
Correction pour la continuité ^b	9,972	1	,002		
Rapport de vraisemblance	14,426	1	,000		
Test exact de Fisher				,000	,000
Association linéaire par linéaire	11,212	1	,001		
Nombre d'observations valides	389				

a. 0 cellules (,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 10,60.

b. Calculé uniquement pour un tableau 2x2

Patho_M40_M54 * Patho_S

Tableau croisé

			patho_S		Total
			0	1	
patho_M40_M54	0	Effectif	245	19	264
		% compris dans patho_M40_M54	92,8%	7,2%	100,0%
		% compris dans patho_S	67,3%	76,0%	67,9%
	1	Effectif	119	6	125
		% compris dans patho_M40_M54	95,2%	4,8%	100,0%
		% compris dans patho_S	32,7%	24,0%	32,1%
Total	Effectif		364	25	389
		% compris dans patho_M40_M54	93,6%	6,4%	100,0%
		% compris dans patho_S	100,0%	100,0%	100,0%

Tests du Khi-deux

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Signification exacte (bilatérale)	Signification exacte (unilatérale)
Khi-deux de Pearson	,810 ^a	1	,368		
Correction pour la continuité ^b	,461	1	,497		
Rapport de vraisemblance	,851	1	,356		
Test exact de Fisher				,507	,253
Association linéaire par linéaire	,808	1	,369		
Nombre d'observations valides	389				

a. 0 cellules (,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 8,03.

b. Calculé uniquement pour un tableau 2x2

Patho_M75 * Patho_F

Tableau croisé

			Patho_F		Total
			0	1	
Patho_M75	0	Effectif	273	53	326
		% compris dans Patho_M75	83,7%	16,3%	100,0%
		% compris dans Patho_F	83,0%	88,3%	83,8%
1	1	Effectif	56	7	63
		% compris dans Patho_M75	88,9%	11,1%	100,0%
		% compris dans Patho_F	17,0%	11,7%	16,2%
Total	Total	Effectif	329	60	389
		% compris dans Patho_M75	84,6%	15,4%	100,0%
		% compris dans Patho_F	100,0%	100,0%	100,0%

Tests du Khi-deux

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Signification exacte (bilatérale)	Signification exacte (unilatérale)
Khi-deux de Pearson	1,072 ^a	1	,300		
Correction pour la continuité ^b	,714	1	,398		
Rapport de vraisemblance	1,150	1	,284		
Test exact de Fisher				,346	,202
Association linéaire par linéaire	1,069	1	,301		
Nombre d'observations valides	389				

a. 0 cellules (,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 9,72.

b. Calculé uniquement pour un tableau 2x2

Patho_M75 * Patho_G

Tableau croisé

			Patho_G		Total
			0	1	
Patho_M75	0	Effectif	293	33	326
		% compris dans Patho_M75	89,9%	10,1%	100,0%
		% compris dans Patho_G	82,3%	100,0%	83,8%
	1	Effectif	63	0	63
		% compris dans Patho_M75	100,0%	,0%	100,0%
		% compris dans Patho_G	17,7%	,0%	16,2%
Total		Effectif	356	33	389
		% compris dans Patho_M75	91,5%	8,5%	100,0%
		% compris dans Patho_G	100,0%	100,0%	100,0%

Tests du Khi-deux

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Signification exacte (bilatérale)	Signification exacte (unilatérale)
Khi-deux de Pearson	6,968 ^a	1	,008		
Correction pour la continuité ^b	5,726	1	,017		
Rapport de vraisemblance	12,238	1	,000		
Test exact de Fisher				,005	,002
Association linéaire par linéaire	6,951	1	,008		
Nombre d'observations valides	389				

a. 0 cellules (,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 5,34.

b. Calculé uniquement pour un tableau 2x2

Patho_M75 * Patho_S

Tableau croisé

			patho_S		Total
			0	1	
Patho_M75	0	Effectif	304	22	326
		% compris dans Patho_M75	93,3%	6,7%	100,0%
		% compris dans patho_S	83,5%	88,0%	83,8%
	1	Effectif	60	3	63
		% compris dans Patho_M75	95,2%	4,8%	100,0%
		% compris dans patho_S	16,5%	12,0%	16,2%
Total		Effectif	364	25	389
		% compris dans Patho_M75	93,6%	6,4%	100,0%
		% compris dans patho_S	100,0%	100,0%	100,0%

Tests du Khi-deux

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Signification exacte (bilatérale)	Signification exacte (unilatérale)
Khi-deux de Pearson	,346 ^a	1	,556		
Correction pour la continuité ^b	,095	1	,758		
Rapport de vraisemblance	,373	1	,542		
Test exact de Fisher				,780	,400
Association linéaire par linéaire	,346	1	,557		
Nombre d'observations valides	389				

a. 1 cellules (25,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 4,05.

b. Calculé uniquement pour un tableau 2x2

**MAINTIEN DANS L'EMPLOI
AU CENTRE HOSPITALO UNIVERSITAIRE DE GRENOBLE ALPES.
DIAGNOSTIC ET PISTES D'AMELIORATION**

Résumé

Une typologie des situations précaires en terme de Prévention de la Désinsertion Professionnelle (PDP) a été réalisée afin d'optimiser le dispositif en place au CHUGA.

L'objectif de ce travail est de faire une synthèse descriptive des situations individuelles à risques concernant la PDP du personnel non médical (PNM).

Sur la période 2016-2017, 389 agents sur 7479 PNM (soit 5,2%) ont été identifiés en restriction d'aptitude, ou bénéficiant d'aménagements de postes, ou d'une RQTH ou d'un CLM.

D'après l'étude des dossiers de santé au travail, 182 présentaient un avis d'aptitude avec restriction, sachant que parmi les agents sans restriction, 122 avaient bénéficié d'un changement de poste. Sur ces 389 agents, seuls 256 étaient éligibles à l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés (OETH) selon les critères restrictifs du FIPHFP. La moitié des 389 agents a entre 51 et 60 ans. Si l'on compare les agents éligibles OETH à l'ensemble du personnel, on note la sur-représentation de certains grades dont les aides-soignants (x1,6), les ouvriers (x1,9), les agents de service hospitalier (x1,9), les manipulateurs radio (x1,7), les sages-femmes (x2) et les conducteurs ambulanciers (x3). Les pathologies les plus fréquentes sont les TMS (lésions de l'épaule et lombalgies) et les pathologies psychiatriques au premier rang desquelles les troubles de l'humeur (dépression). Les restrictions d'aptitude portent majoritairement sur la manutention et les contraintes posturales, puis sur les horaires.

Ces résultats incitent à renforcer tant la prévention des risques professionnels que la gestion prévisionnelle des emplois et compétences pour ces métiers associés à une pénibilité physique.

**JOB RETENTION
AT THE CENTRE HOSPITALO UNIVERSITAIRE DE GRENOBLE ALPES.
DIAGNOSIS AND AREAS OF IMPROVEMENT**

Abstract

A typology of precarious situations in terms of keeping workers with disability at work was carried out at Grenoble University Hospital. This could be conducted for non-medical staff only.

Over the 2016-2017 period, 389 agents out of 7479 (ie 5.2%) have been identified as either having work-fitness restrictions, or benefiting from workplace adjustments, or a recognition of handicapped worker status (RQTH), or a long term sick leave.

Based on the study of occupational medicine department's records, 182 had work-fitness restrictions, knowing that 122 of the workers with no restriction had change their occupational position. Out of these 389 agents, only 256 were eligible for the employment obligation of disabled workers (OETH) according to the restrictive regulatory criteria. Half of the 389 agents are between 51 and 60 years old. If OETH eligible staff are compared to all staff, there is an over-representation of certain grades including nurses assistants (x1,6), laborers (x1,9), hospital service worker, housekeeping staff (x1,9), technicians specialized in electro-radiology (x1,7), midwives (x2), and ambulance drivers (x3). The most common pathologies are MSDs (shoulder lesions and low back pain) and psychiatric pathologies in the first rank of which mood disorders (depression). The work-fitness restrictions relate mainly to the handling and the postural constraints, then on the schedules.

These results incite to reinforce prevention of the occupational risks and to improve the job and competency planning for these occupations associated with painful physical conditions.

Mots-clés

Prévention de la Désinsertion Professionnelle – maintien dans l'emploi – travailleur handicapé – Fonction Publique Hospitalière