

## Quel intérêt pour un employeur d'intégrer la thématique de l'inaptitude dans la GPRH ? Quels sont les grands enjeux aujourd'hui ?

Mme Fraigneau FREDERIQUE : « Au cours de ma carrière professionnelle, j'ai supervisé plus de 10 000 interventions sur le champ du handicap et nous avons réalisé, avec Mme Bozio et moi-même plus de 1500 interventions aussi bien dans secteur privés (grands compte, groupes, TPE PME) que dans les 3 FP, participé opérationnellement à toute une série de programmes expérimentaux sur les thématiques « âge santé et désinsertion professionnelle en 2<sup>ND</sup> partie de carrière, programme retour à l'emploi suite à une longue maladie sur des pathologies TMS, etc. En un mot, nous avons les pieds ancrés dans le terrain.

**Pour le FIPH/AGEFIPH, nous réalisons des EPAAST aussi bien dans le cadre d'un aménagement sur poste que dans celui d'un reclassement ou d'une insertion. L'objectif vise à :**

- ⊙ Éclairer les acteurs sur la nature des **incapacités existantes** ou probables
- ⊙ Proposer des **solutions durables, réalistes, raisonnables, concrètes chiffrées et partagées** optimisant l'adéquation entre l'agent et l'environnement de travail, économique, humain, technique, des contraintes de l'établissement, etc dans le cadre d'un AST raisonnable,
- ⊙ **Faciliter l'embauche, le maintien dans des conditions d'autonomie, d'évolution professionnelle, d'intégration dans un collectif, de conditions de travail équivalentes à celles d'une personne sans incapacité**
- ⊙ Limiter les pertes de productivité liée et **atteindre une qualité de service**
- ⊙ **Anticiper l'involution de l'état** de santé pour en minimiser l'impact, dans des proportions compatibles avec l'activité professionnelle

Notre démarche est **globale, co construite** avec une multiplicité d'acteurs et **basée sur l'analyse des organisations de travail réelles**. Mais en préalable, je souligne que si ses mesures d'accompagnement de retour à l'emploi et de maintien en emploi s'avèrent incontournables, elles ne dédouanent pas d'une réflexion globale sur les problématiques de santé, notamment pour les populations fragilisées et ou en seconde partie de carrière. L'environnement de travail, les CT, le soutien managérial et social<sup>1</sup> sont autant de facteurs qui jouent en faveur du maintien dans l'emploi et de la désinsertion professionnelle. L'enjeu premier se situe donc en terme de prévention primaire parce que des organisations crée également du handicap d'où une hémorragie d'inaptitudes et de problématiques de reclassement. Il est de la responsabilité des employeurs d'impulser une réflexion globale sur les CT et ne de pas être purement dans une logique curative.

### DU POINT DE VUE DES ENJEUX

- Des **enjeux de santé, QVT, de non-discrimination, des agents TH en second partie de carrière** à questionner au regard de l'allongement de la durée de vie au travail et des moyens disponibles (humains et financiers notamment),...
- Des **enjeux économiques** : Une augmentation du micro-absentéisme de courte durée qui devient source d'instabilité organisationnelle (report d'activité, glissement de tâches vers les collègues qui induisent un alourdissement de la charge qu'ils ne peuvent gérer sur du long terme) et qui devient générateur de handicap et d'insatisfaction des usagers. Sans compter les couts directs et indirects important : gestion administrative et sur le terrain, temps de gestion du remplacement, temps passé à réorganiser le travail, cout des AST, temps passé à rechercher des solutions de reclassement, cout intensification du travail pour certains agents travaillent en sous effectifs, cout de la limitation de la polyvalence sur poste et des rotations, astreintes reportées sur les plus jeunes, etc;
- Des **enjeux en terme de qualité de service rendu aux usagers**, du comportement des usagers à l'égard des services publics ;
- Des **enjeux sociaux avec un climat social perturbé** (tensions dans les équipes, une implication moindre des agents, des RPS) ;
- Des **enjeux en terme d'image sociale**, voire même **d'attractivité de la fonction publique**, etc...

---

<sup>1</sup> En amont d'une reprise (via une Assistante sociale par pendant l'arrêt) du fait de la mise en place de la PPR<sup>1</sup>

### Quel bilan peut-on dresser aujourd'hui de nos actions ?

- ⊙ <sup>12/</sup> Je profite de cet échange pour saluer la créativité et l'investissement important des acteurs publics<sup>3</sup> avec qui nous travaillons, même si parfois la démarche manque de structuration et d'ambition. Mais à leur décharge, ces derniers ne disposent pas toujours de temps ni de moyens (financiers, techniques, outils) ni de marges de manœuvres suffisantes au sein des établissements pour réaliser leurs missions et coute que coute ils essaient d'avancer.
- ⊙ 90 % de nos interventions débouchent sur un plan d'action opérationnel construit avec les acteurs et mis en œuvre. Nous observons également que nos plans d'action d'origine curative basculent vers une réflexion sur une prévention pour l'ensemble des agents.
- ⊙ Interventions relèvent à 60 % du maintien dans l'emploi lié à un handicap découlant de l'usure professionnelle, pour des agents CAT C et ou B, ayant un faible niveau de qualification, ayant eu des parcours professionnels antérieurs hachés sur des emplois précaires préalablement à leur titularisation, + de 50 ans, sur des pathologies motrices et MCE. Très souvent couplé à des problématiques RPS. Ce notamment sur les métiers en tension<sup>4</sup> les plus générateurs de handicap et souvent en lien direct avec des besoins d'une catégorie fragilisée de la population d'utilisateurs.
- ⊙ Nous traitons de façon exponentielle des situations urgentes ou nécrées sur des cas lourds<sup>5</sup> qui auraient pu être traitées en amont, des situations conflictuelles avec des phénomènes d'exclusion. Ce dans un contexte de restrictions budgétaires, de traitement anticipé des retours en emploi peu développés<sup>6</sup> (absence de transition ou tutorat entre le l'agent remplaçant et le bénéficiaire), absence de période d'immersion ou de transmission d'informations sur les changements intervenus pendant son absence avant reprise (évolution de l'équipe, nouveaux équipements ou matériels, nouveaux publics à gérer, nouvelles procédures, nouvelle habilitation obligatoire, de diminution des postes doux et de recrudescence de contentieux sur les reclassements au TA pour discrimination<sup>7</sup>

### Comment expliquer ce bilan ?

- ❖ Des employeurs publics qui peinent à intégrer de manière prévisionnelle la gestion des inaptitudes, du fait d'une multiplicité de facteurs : les outils aptes à éclairer les enjeux sont souvent incomplets, éparses, hétérogènes et peu organisés, manque de coordination et de structuration des acteurs, manque de temps disponible en interne, formalisation insuffisante des accompagnements, ... Ce dans un contexte de turn over considérable, de défaut de médecin de prévention<sup>8, 9</sup>

---

<sup>2</sup> Nos constats sont contrastés en fonction notamment de la taille des établissements et des moyens alloués

<sup>3</sup> (Référént handicap, RH , médecin de prévention, assistance sociale, différentes services techniques)

<sup>4</sup> (ATTE Collèges, ATSEM, AS ASH, travailleurs sociaux dans les départements (Assistance, éducateur) et CCAS ...).

<sup>5</sup> (Risque imminent d'inaptitude au poste, analyse de reclassement possible)

<sup>6</sup> Peu de suivi ou point d'étape avec le chef de service ou AS pour évaluer la réintégration jusqu'à la stabilisation de la situation.

<sup>7</sup> (Défaut de suivi de l'avis du comité médicale et mise en arrêt maladie. Dès que le médecin de prévention indique qu'il ne peut rester sur ce poste, la recherche de reclassement devrait être immédiate pour anticiper la décision du comité du comité médicale).

<sup>8</sup> un défaut de lisibilité des managers sur ce que l'agent peut faire ou non au regard de ses restrictions d'aptitudes, des fiches de poste sont souvent très génériques sans prise en considération de chaque spécificité du service (ex : nature du matériel, nature des accès, etc...),

<sup>9</sup> Absence de connaissances précises sur les activités réelles des services et leurs contraintes

- ❖ *Une difficulté importante à accompagner individuellement et qualitativement les agents rencontrant des problématiques d'inaptitude et le référent handicap se retrouve parfois bien seul face à l'évolution du nombre d'agent TH...*

---

Des chefs de service qui ne disposent pas d'une information très claire (restrictions d'aptitudes) sur ce que l'agent peut ou non faire d'où une dégradation relationnelle possible ou incompréhension entre l'encadrant et l'agent