



GUIDE PRATIQUE

RHÔNE ET ALPES

INAPTITUDES AU TRAVAIL : COMPRENDRE ET AGIR

PUBLICATION RÉALISÉE EN PARTENARIAT AVEC UNIFAF ET L'ARS



INTRODUCTION

Une double étude quantitative et qualitative sur la gestion et l'accompagnement des personnels en situation d'inaptitude dans le secteur sanitaire et médico-social

Depuis 2011, l'ARS (Agence régionale de santé) Auvergne-Rhône-Alpes, les délégations ANFH Alpes et Rhône et UNIFAF Rhône-Alpes initient des partenariats en faveur du développement de la Gestion prévisionnelle des métiers et des compétences (GPMC) dans la Fonction publique hospitalière (FPH) et le secteur privé à but non lucratif. **Un travail sur les parcours professionnels des personnels en situation d'inaptitude a ainsi été initié en 2014.**

La première phase de l'étude sur les inaptitudes réalisée par l'institut d'études indépendant OpinionWay, consistait en une enquête quantitative menée auprès de l'ensemble des établissements sanitaires et médico-sociaux relevant d'UNIFAF et de l'ANFH.

Pour approfondir ces premiers constats quantitatifs, le cabinet Enéis Conseil a été retenu pour mener la seconde phase du projet visant à construire des **préconisations sur l'accompagnement des personnels en restriction d'aptitude ou situation d'inaptitude et modéliser des parcours professionnels adaptés.** Cette seconde phase repose sur une étude qualitative approfondie de métiers ciblés : infirmier en soins généraux, aide-soignant, ASH/agent de service hôtelier. En effet, à la lumière des enseignements de l'étude quantitative, ces métiers sont apparus comme les plus touchés par les enjeux d'inaptitude au travail. Les différents secteurs d'activité (psychiatrie, personnes âgées...) et domaines de métier (soins, restauration, entretien des locaux) ont été pris en compte.

LA DÉMARCHE MENÉE PAR LE CABINET ENÉIS A ÉTÉ ORGANISÉE DE LA MANIÈRE SUIVANTE :

1/ De juin à décembre 2015, un diagnostic qualitatif a été réalisé à partir d'un travail de terrain effectué auprès de 16 établissements sanitaires et médico-sociaux volontaires retenus pour constituer un panel représentatif de la diversité des structures, en matière de taille, de statut juridique et de secteur d'activité.

2/ De janvier à mai 2016, à partir des informations recueillies lors du diagnostic, un travail de définition des priorités et des actions à mettre en œuvre a été conduit à trois niveaux :

• **Au niveau des établissements sanitaires et médico-sociaux :** des groupes de travail ont été organisés afin d'améliorer la gestion des problématiques d'inaptitude en centralisant les bonnes pratiques, définissant des actions innovantes voire en proposant des expérimentations au niveau local ; quatre thématiques ont ainsi

été retenues pour les groupes de travail :

- Comment gérer la relation avec le salarié/l'agent absent et anticiper la reprise de poste ?
- Comment améliorer la prise en compte des restrictions d'aptitude ?
- Comment améliorer les relations avec la médecine du travail ?
- Comment améliorer l'accompagnement à la reconversion professionnelle ?

• **Au niveau des commanditaires de l'étude (OPCA/ARS) :** un travail ciblé est engagé avec les commanditaires de l'étude afin de vérifier l'accessibilité des dispositifs existants et proposer des modalités d'adaptation de l'offre actuelle.

• **A un niveau institutionnel :** des préconisations à destination des acteurs institutionnels sont formulées pour compléter le panorama des actions à engager et améliorer le traitement des situations d'inaptitude dans les établissements sanitaires et médico-sociaux.

3/ Le 8 novembre 2016, les résultats de l'étude sont présentés à l'ensemble des établissements sanitaires et médico-sociaux dans le cadre d'une conférence régionale.

Les objectifs assignés aux fiches-pratiques et aux outils associés

Les fiches pratiques et outils associés ont été élaborés afin de **proposer aux établissements une information complète et des outils utiles pour intervenir sur la thématique de la prévention et de la gestion de l'inaptitude.** Les fiches sont thématiques et visent un public spécifique : RH et/ou encadrants et/ou professionnels et/ou IRP. Elles rassemblent des éléments réglementaires et jurisprudentiels, des informations pratiques, des bonnes pratiques et des propositions d'outils clés en main.

Les fiches pratiques et outils associés ont été réalisés à partir du travail collectif initié lors de la seconde étape de l'étude.

Les groupes de travail thématiques ont ainsi permis de réunir un public divers et pluridisciplinaire (DRH / AAH / responsable RH / membres du CHSCT / médecin du travail / infirmier du travail / représentants du personnel au sein des OPCA / professionnels techniques des OPCA...) pour partager et discuter les constats issus du diagnostic, recueillir les apports critiques et compléments des participants, de mettre en lumière des situations propres à un établissement, des particularités statutaires, etc.

Les apports des participants sont venus nourrir directement les fiches pratiques : bonnes pratiques mises en œuvre dans chaque structure, outils à créer et partager pour favoriser la prévention et la gestion des inaptitudes, proposition d'expérimentations, etc.

**LES OBLIGATIONS DE L'EMPLOYEUR EN
MATIÈRE DE MAINTIEN DANS L'EMPLOI
ET DE PRÉVENTION DE L'INAPTITUDE**

Tableau de pilotage des indicateurs
relatifs à l'inaptitude

**Nous tenons
à remercier l'ensemble
des établissements
qui ont participé
à l'élaboration
et à la finalisation
de ces fiches pratiques,
que ce soit par le biais
de leur participation
au diagnostic,
aux groupes de travail
ou dans le cadre des
différentes relectures.**

*Cette publication
a été réalisée
en partenariat avec
l'UNIFAF Rhône-Alpes
et est financée par l'ARS
Auvergne
Rhône-Alpes*



**POINT DE
VIGILANCE**

LES DISPOSITIONS
JURIDIQUES
ET RÉGLEMENTAIRES
PRÉSENTÉES DANS
LES FICHES PRATIQUES
CONSTITUANT
CE PORTFOLIO SONT
CELLES EN VIGUEUR
AU MOMENT DE LA
PUBLICATION DU GUIDE.

**LES DROITS ET LES DEVOIRS
DES PROFESSIONNELS FACE
À UNE INAPTITUDE**

**LES OUTILS ET BONNES PRATIQUES
DE PRÉVENTION DE L'INAPTITUDE**

Fiche synthétique de suivi des agents
Tableau de suivi des agents
Fiche de capacité ou contraintes
Préconisations en vue de la mise en place
d'une commission de maintien dans l'emploi

**LA MOBILITÉ EN LIEN
AVEC LA GPMC / GPEC**

**LES OUTILS ET BONNES PRATIQUES
DU RECLASSEMENT ET DE LA
RECONVERSION PROFESSIONNELLE**

Lettre d'invitation à formuler
une demande de reclassement statutaire

**SANTÉ AU TRAVAIL :
DROITS ET INTERLOCUTEURS**

Logigramme en vue d'un passage
en comité médical ou commission
de réforme

**SANTÉ AU TRAVAIL :
LES DROITS À CONGÉS DE MALADIE
DES AGENTS DE LA FPH**

**SANTÉ AU TRAVAIL :
LA REPRISE DU TRAVAIL APRÈS
UN ARRÊT DE TRAVAIL**

**LA RECONNAISSANCE
DE LA QUALITÉ DE TRAVAILLEUR
HANDICAPÉ (RQTH)**

Courrier d'information sur la RQTH
Courrier d'information en vue
du renouvellement de la RQTH

LES AIDES DU FIPHFP

**LA CARTOGRAPHIE DES ACTEURS
INTERVENANT TOUT AU LONG DES
ÉTAPES DU PARCOURS DE L'AGENT**

LA GESTION DE LA SORTIE DE L'EMPLOI

GLOSSAIRE

AAH:	Allocation aux adultes handicapés	DUERP:	Document unique d'évaluation des risques professionnels
ACTP:	Allocation compensatrice pour tierce personne	ETP:	Équivalent temps plein
AAEH:	Allocation d'éducation de l'enfant handicapé	ETR:	Effectif total rémunéré
AGEFIPH:	Association de gestion du fonds pour l'insertion des personnes handicapées	FIPHFP:	Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique
AQVT:	Amélioration de la qualité de vie au travail	FNP:	Fonds national de prévention
ARS:	Agence régionale de santé	FPH:	Fonction publique hospitalière
ASH:	Agent des services hospitaliers	GPMC:	Gestion prévisionnelle des métiers et compétences
AT-MP:	Arrêt de travail pour maladie professionnelle	GRH:	Gestion des ressources humaines
ATI:	Allocation temporaire d'invalidité	IRP:	Instances représentatives du personnel
BOE:	Bénéficiaire de l'obligation d'emploi	ISS:	Indemnités de sujétions spéciales
CAA:	Cour administrative d'appel	LPC:	Langage parlé complété
CDAPH:	Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées	MDPH:	Maison départementale des personnes handicapées
CDD:	Contrat à durée déterminé	MNH:	Mutuelle nationale hospitalière
CDI:	Contrat à durée indéterminée	MPR:	Médecine physique de réadaptation
CESU:	Chèque emploi service universel	NBI:	Nouvelle bonification indiciaire
CGOS:	Comité de gestion des œuvres sociales	OPCA:	Organisme paritaire collecteur agréé
CHSCT:	Comité d'hygiène et de sécurité des conditions de travail	PACTE:	Parcours d'accès aux carrières territoriales, hospitalières et d'État
CLACT:	Contrats locaux d'amélioration des conditions de travail	PAPRI Pact:	Programme annuel de prévention
CLD:	Congé longue durée	PCH:	Prestation de compensation du handicap
CLM:	Congé longue maladie	PPS:	Prestations ponctuelles spécifiques
CM:	Comité médical	PRAP:	Prévention des risques liés à l'activité physiques
CMO:	Congé maladie ordinaire	PSOP:	Prestation spécifique d'orientation professionnelle
CMS:	Comité médical supérieur	PV:	Procès verbal
CNRA CL:	Caisse nationale de retraite des agents des collectivités territoriales	RH:	Ressources humaines
CPAM:	Caisse primaire d'assurance maladie	RPS:	Risques psychosociaux
CR:	Commission de réforme	RQTH:	Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé
CTE:	Comité technique d'établissement	SAMETH:	Service d'appui au maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés
CUI-CAE:	Contrat unique d'insertion - Contrat d'accompagnement dans l'emploi	SFT:	Supplément familial de traitement
DORS:	Disponibilité d'office pour raison de santé	SSR:	Soins de suite et de réadaptation
DRH:	Directeur des ressources humaines	TMS:	Trouble musculo-squelettiques



LES OBLIGATIONS DE L'EMPLOYEUR EN MATIÈRE DE MAINTIEN DANS L'EMPLOI ET DE PRÉVENTION DE L'INAPTITUDE

Santé et sécurité au travail : obligation de résultat ou obligation de moyens ?

La protection de la santé et de la sécurité des personnels est une obligation de résultat pour l'ensemble des employeurs publics comme privés.

Article L.4121-1 du Code du travail : « L'employeur prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs. Ces mesures comprennent :
1/ des actions de prévention des risques professionnels ;
2/ des actions d'information et de formation ;
3/ la mise en place d'une organisation et de moyens adaptés. »

Cour de cassation, chambre sociale, 11/04/2002, n°00-16535 :
 En vertu du contrat de travail le liant à son salarié, l'employeur est tenu envers celui-ci d'une obligation de sécurité de résultat, notamment en ce qui concerne les accidents du travail ; le manquement à cette obligation a le caractère d'une faute inexcusable, au sens de l'article L. 452-1 du Code de la Sécurité sociale, lorsque l'employeur avait ou aurait dû avoir conscience du danger auquel était exposé le salarié, et qu'il n'a pas pris les mesures nécessaires pour l'en préserver.

Cour de cassation, chambre sociale, 28/02/2002, n°99-17201 :
 En vertu du contrat de travail le liant à son salarié, l'employeur est tenu envers celui-ci d'une obligation de sécurité de résultat, notamment en ce qui concerne les maladies professionnelles contractées par ce salarié du fait des produits fabriqués ou utilisés par l'entreprise ; le manquement à cette obligation a le caractère d'une faute inexcusable, au sens de l'article L. 452-1 du Code de la Sécurité sociale, lorsque l'employeur avait ou aurait dû avoir conscience du danger auquel était exposé le salarié, et qu'il n'a pas pris les mesures nécessaires pour l'en préserver.

En revanche, le maintien dans l'emploi d'un professionnel rencontrant une situation de handicap ou un problème de

santé mettant en jeu son aptitude fait l'objet d'une obligation de moyens pour les employeurs publics comme privés.

Cela signifie que le maintien dans l'emploi de la personne doit être concilié avec les intérêts légitimes de l'employeur, à savoir la préservation du fonctionnement normal des services sanitaires ou médico-sociaux. Le rôle du droit est d'assurer le plus possible le maintien dans l'emploi de la personne et d'apprécier le seuil à partir duquel l'intérêt de l'entreprise impose la fin du contrat de travail.

Un maintien dans l'emploi conditionné au degré d'aptitude du professionnel

L'exercice professionnel suppose l'**aptitude médicale de la personne à son poste de travail**. Cette notion, issue de la loi du 28 juillet 1942 relative à l'organisation des services médicaux et sociaux du travail, confirmée par la loi du 11 octobre 1946 organisant la médecine du travail encore en vigueur aujourd'hui, n'a jamais fait l'objet d'une définition légale. Pour autant, on peut la définir comme la capacité physique et mentale d'un salarié à tenir le poste de travail que lui confie l'employeur, compte tenu à la fois de son état de santé et des caractéristiques de ce poste.

La situation médicale du professionnel, attestée par l'avis du médecin du travail relatif à son aptitude, appelle un traitement administratif et professionnel proportionné (cf. tableau p.7). Cela signifie que l'obligation de moyen recouvre à la fois une **obligation d'aménagement du poste de travail** et une **obligation de reclassement**, puisqu'il s'agira de s'adapter à la situation de santé de l'agent pour lui proposer la solution de maintien dans l'emploi la plus adaptée dans une logique de proportionnalité.

CES PRINCIPES SONT POSÉS PAR LE CODE DU TRAVAIL :

• Article L4121-2 : « L'employeur met en œuvre les mesures prévues à l'article L4121-1 (Cf. ci-dessus) sur le fondement des principes généraux de prévention suivants : (...) Adapter le travail à l'homme, en particulier en ce qui concerne la conception des postes de travail



LES OBLIGATIONS DE L'EMPLOYEUR EN MATIÈRE DE MAINTIEN DANS L'EMPLOI ET DE PRÉVENTION DE L'INAPTITUDE

ainsi que le choix des équipements de travail et des méthodes de travail et de production.»

· **Article L4624-1**: «Le médecin du travail est habilité à proposer des mesures individuelles telles que mutations ou transformations de postes, justifiées par des considérations relatives notamment à l'âge, à la résistance physique ou à l'état de santé physique et mentale des travailleurs. Le chef d'entreprise est tenu de prendre en considération ces propositions et, en cas de refus, de faire connaître les motifs qui s'opposent à ce qu'il y soit donné suite.»

· **Article L1226-2**: «Lorsque, à l'issue des périodes de suspension du contrat de travail consécutives à une maladie ou un accident non professionnel, le salarié est déclaré inapte par le médecin du travail à reprendre l'emploi qu'il occupait précédemment, l'employeur lui propose un autre emploi approprié à ses capacités. Cette proposition prend en compte les conclusions écrites du médecin du travail et les indications qu'il formule sur l'aptitude du salarié à exercer l'une des tâches existantes dans l'entreprise. L'emploi proposé est aussi comparable que possible à l'emploi précédemment occupé, au besoin par la mise en œuvre de mesures telles que mutations, transformations de postes de travail ou aménagement du temps de travail.»

· **Article L1226-10**: Les dispositions sont identiques concernant les suites d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle. Le Code ajoute néanmoins que «dans les entreprises d'au moins cinquante salariés, le médecin du travail formule également des indications sur l'aptitude du salarié à bénéficier d'une formation destinée à lui proposer un poste adapté.»

L'ARTICLE 71 DE LA LOI DE 1986 RELATIVE À LA

FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIÈRE précise le caractère proportionné de l'obligation de maintien dans l'emploi: «lorsque les fonctionnaires sont reconnus, par suite d'altération de leur état physique, inaptes à l'exercice de leurs fonctions, le poste de travail auquel ils sont affectés est adapté à leur état physique. Lorsque l'adaptation du poste de travail n'est pas possible, ces fonctionnaires peuvent être reclassés dans des emplois d'un autre corps, s'ils ont été déclarés en mesure de remplir les fonctions correspondantes.»

Les situations médicales appellent à un traitement administratif et professionnel propre. Les notions d'aptitude (restriction d'aptitude,

inaptitude au poste de travail et inaptitude à la fonction) sont encadrées juridiquement. Elles doivent être distinguées les unes des autres, les obligations pesant sur les employeurs étant à distinguer.

· **Les restrictions d'aptitude** sont formulées par le médecin du travail. **Il vérifie l'aptitude au poste de travail, formule les éventuelles restrictions fonctionnelles et peut proposer les aménagements nécessaires.** Les avis d'aptitude avec restriction mentionnent uniquement les contre-indications ou les recommandations concernant le poste de travail occupé par l'agent, et non la nature des problématiques de santé que rencontre l'agent.

· **L'inaptitude au poste de travail** est une décision prononcée par le **médecin du travail** lors d'une visite médicale. Il atteste que l'état de santé de l'agent n'est pas compatible avec le travail qu'il doit effectuer dans les conditions d'exercice qui sont les siennes. L'agent pourra en revanche exercer le même métier dans un service ou un environnement différent.

· **L'inaptitude à la fonction** est une décision prononcée par le **comité médical ou la commission de réforme**. Elle implique que l'agent ne peut plus exercer son métier d'origine et doit faire l'objet d'un reclassement : soit dans le cadre statutaire, soit dans le cadre d'une réaffectation sur un autre grade, ce que le FIPHFP dénomme le reclassement «assimilé».

L'employeur, public comme privé, est tenu de se conformer à l'avis d'aptitude émis par le médecin du travail. La Cour de cassation a en effet ensuite affirmé que l'avis du médecin du travail sur l'aptitude du salarié à occuper un poste de travail s'impose aux parties. En cas de difficulté ou de désaccord sur la portée de l'avis d'aptitude délivré par le médecin du travail, le salarié ou l'employeur peuvent exercer le recours prévu par l'article L. 4624-1 du Code du travail (*Cour de cassation, Chambre sociale, 10/11/2009, n° 08-42674*). Cet article prévoit «qu'en cas de difficulté ou de désaccord, l'employeur ou le salarié peut exercer un recours devant l'inspecteur du travail. Ce dernier prend sa décision après avis du médecin inspecteur du travail». Néanmoins en pratique, peu de procédures de ce type sont engagées, du fait notamment de la lourdeur des démarches.

PAR AILLEURS, L'EMPLOYEUR OU L'AGENT PEUVENT CONTESTER L'AVIS RENDU PAR LE COMITÉ MÉDICAL DÉPARTEMENTAL.

Les réponses devant être apportées par l'employeur vont dépendre de la nature de l'avis médical, délivré par le médecin du travail ou les instances médicales (comité médical ou commission de réforme) :

Aide à la lecture : L'impossibilité d'apporter la réponse adaptée, si celle-ci est justifiée au niveau de l'employeur, entraîne la recherche d'une solution correspondant à l'étape suivante dans la gradation proposée.

	RÉPONSE APPORTÉE PAR L'EMPLOYEUR PUBLIC	RÉPONSE APPORTÉE PAR L'EMPLOYEUR PRIVÉ
APTITUDE AVEC RESTRICTION/RÉSERVE	AMÉNAGEMENT DU POSTE DE TRAVAIL	AMÉNAGEMENT DU POSTE DE TRAVAIL
INAPTITUDE AU POSTE	RÉAFFECTATION (même métier, service différent)	RECLASSEMENT
INAPTITUDE À LA FONCTION	RECLASSEMENT (autre métier)	
INAPTITUDE TEMPORAIRE	CLM, CLD OU DISPONIBILITÉ D'OFFICE POUR RAISONS DE SANTÉ	CLM OU CLD
INAPTITUDE DÉFINITIVE À TOUTES FONCTIONS	SORTIE DE L'EMPLOI : RETRAITE POUR INVALIDITÉ OU LICENCIEMENT POUR INAPTITUDE	SORTIE DE L'EMPLOI : LICENCIEMENT POUR INAPTITUDE



LES CONTRACTUELS DANS LA FONCTION PUBLIQUE

LE CONSEIL D'ÉTAT EST VENU ÉTENDRE, VIA UN PRINCIPE GÉNÉRAL DU DROIT, L'OBLIGATION DE RECLASSEMENT AUX AGENTS NON-TITULAIRES. LE CONSEIL D'ÉTAT PRÉCISE QUE LES AGENTS CONTRACTUELS CONCERNÉS SONT CEUX OCCUPANT UN EMPLOI PERMANENT ET ATTEINTS D'UNE INAPTITUDE PHYSIQUE DÉFINITIVE.

Travailleurs handicapés et risque de discrimination

L'emploi des travailleurs handicapés, et par extension le maintien dans l'emploi, qu'il s'agisse d'aménager un poste de travail ou de proposer un poste de reclassement, est garanti par la législation anti-discrimination.

Article L1132-1 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. »

Article L 5213-6 du Code du Travail : « Afin de garantir le respect du principe d'égalité de traitement à l'égard des travailleurs handicapés, l'employeur prend, en fonction des besoins dans une situation



LES OBLIGATIONS DE L'EMPLOYEUR EN MATIÈRE DE MAINTIEN DANS L'EMPLOI ET DE PRÉVENTION DE L'INAPTITUDE

concrète, les mesures appropriées pour permettre aux travailleurs mentionnés (...) d'accéder à un emploi ou de conserver un emploi correspondant à leur qualification, de l'exercer et d'y progresser ou pour qu'une formation adaptée à leurs besoins leur soit dispensée. Ces mesures sont prises sous réserve que les charges consécutives à leur mise en œuvre ne soient pas disproportionnées, notamment compte tenu (des aides) qui peuvent compenser en tout ou partie les dépenses supportées à ce titre par l'employeur. Le refus de prendre des mesures au sens du premier alinéa peut être constitutif d'une discrimination (...).»

Afin de garantir le respect du principe d'égalité de traitement à l'égard des travailleurs handicapés, les employeurs sont ainsi tenus de prendre les mesures appropriées:

- 1/** en fonction des besoins dans une situation concrète;
- 2/** pour permettre aux travailleurs handicapés d'accéder à un emploi ou de conserver un emploi correspondant à leur qualification ; de l'exercer ou d'y progresser ; de bénéficier d'une formation adaptée,
- 3/** sous réserve que les charges qui en découlent ne soient pas disproportionnées.

Afin de déterminer si les mesures appropriées donnent lieu à une charge disproportionnée, il convient de tenir compte, notamment:

- des coûts financiers et autres qu'elles impliquent;
- de la taille et des ressources financières de l'organisation ou de l'entreprise;
- et de la possibilité d'obtenir des fonds publics ou tout autre forme d'aide.

Selon le principe de l'aménagement de la charge de la preuve lorsque la discrimination est invoquée, il appartient à l'employeur de démontrer le caractère disproportionné de la mesure appropriée.



POINT DE VIGILANCE

LA DISCRIMINATION PEUT ÉGALEMENT ÊTRE ÉVOQUÉE POUR LES PROFESSIONNELS RENCONTRANT UN PROBLÈME DE SANTÉ ET NON RECONNUS TRAVAILLEURS HANDICAPÉS.



Un certain nombre de bonnes pratiques relatives au maintien dans l'emploi sont disponibles et détaillées au sein de l'ouvrage publié par le conseil scientifique du FIPHP « Accompagnement des agents en situation de handicap au cours de leur vie professionnelle », disponible chez Chronique Sociale et publié en 2016.

Jurisprudence : quels apports ?

La jurisprudence contribue à définir le cadre de l'obligation de moyens.

En voici quelques exemples, dans le secteur public :

- Il convient de solliciter l'aide du FIPHP avant de considérer le caractère disproportionné de la charge que représente la mise en place des mesures appropriées > *Tribunal Administratif de Caen, 15 octobre 2009, n°08025480.*
- Il est requis de prendre les mesures appropriées avant de licencier une personne handicapée au motif de son incompétence ou de son incapacité à remplir les fonctions essentielles de son poste > *Cour de Justice des Communautés Européennes, 11 juillet 2006, aff. C-13/05, Chacon Navas.*

En voici un exemple, dans le secteur privé :

L'employeur est tenu de prendre en considération les propositions d'aménagement de poste formulées par le médecin du travail et, en cas de refus, de faire connaître les motifs qui s'opposent à ce qu'il y soit donné suite. Une fois les mesures prévues par l'entreprise et avalisées par le médecin du travail, l'employeur n'ayant pas respecté cet engagement est considéré comme ayant commis une faute > *Arrêt de la Cour de cassation, Chambre sociale, 7 juillet 2009, 08-42300.*

Indicateurs relatifs aux situations d'inaptitude

	NOMBRE D'AVIS DE RESTRICTIONS D'APTITUDE ÉMIS DANS L'ANNÉE	PART DES RESTRICTIONS D'APTITUDE DÉFINITIVES	PART DES AVIS DE RESTRICTION D'APTITUDE DANS LE TOTAL DES AVIS
2016			

	NOMBRE D'AVIS D'INAPTITUDE AU POSTE ÉMIS DANS L'ANNÉE	NOMBRE D'INAPTITUDES À LA FONCTION DÉCLARÉES DANS L'ANNÉE PAR LE CM OU LA CR	NOMBRE DE SORTIES DE L'EMPLOI DÉFINITIVES (RETRAITES POUR INVALIDITÉ OU LICENCIEMENT POUR INAPTITUDE)	NOMBRE DE SORTIES DE L'EMPLOI TEMPORAIRES (DORS)
2016				

Indicateurs relatifs à la politique et aux actions « santé au travail » menées par l'établissement

	NOMBRE D'AMÉNAGEMENTS DE POSTE	NOMBRE DE RÉAFFECTATIONS POUR RAISON DE SANTÉ	NOMBRE DE RECLASSEMENTS	NOMBRE DE RÉUNIONS DE LA COMMISSION DE MAINTIEN DANS L'EMPLOI
2016				

	NOMBRE DE VISITES MÉDICALES RÉALISÉES	NOMBRE DE VISITES MÉDICALES DE REPRISE RÉALISÉES	NOMBRE DE VISITES DE PRÉ-REPRISE RÉALISÉES
2016			

Indicateurs relatifs à l'obligation d'emploi

	NOMBRE D'AGENTS BOE	TAUX D'EMPLOI LÉGAL	CONTRIBUTION AU FIPHFP	NOMBRE DE DEMANDES D'AIDE AUPRÈS DU FIPHFP RÉALISÉES	MONTANT DES FINANCEMENTS ACCORDÉS PAR LE FIPHFP
2016					

Indicateurs relatifs à l'absentéisme pour raison de santé

	TAUX D'ABSENTÉISME POUR RAISONS DE SANTÉ	NOMBRE MOYEN DE JOUR D'ABSENCE PAR ETP	PART DE LA MALADIE ORDINAIRE DANS LE TOTAL DES ABSENCES	PART DES AT-MP DANS LE TOTAL DES ABSENCES	PART DES CLM-CLD DANS LE TOTAL DES ABSENCES
2016					

LES DROITS ET LES DEVOIRS DES PROFESSIONNELS FACE À UNE INAPTITUDE

I La survenue d'une inaptitude

La survenue d'une inaptitude médicale à exercer un métier ou à rester sur son poste de travail s'avère généralement être le résultat d'un long parcours mêlant restrictions d'aptitude, périodes d'arrêt maladie et de reprises, difficultés voire souffrances (physiques, psychiques, ...) dans le quotidien de travail, perte de confiance en soi et en ses capacités, etc. Moins fréquemment, l'inaptitude peut être synonyme de rupture brusque avec le milieu de travail du fait d'un accident violent, d'origine professionnelle ou non professionnelle.

Dans tous les cas, l'inaptitude constitue une nouvelle difficulté à appréhender pour le professionnel concerné mais également pour son entourage: collègues, encadrement, ressources humaines, etc. Elle implique deux conséquences, qui doivent être considérées comme autant d'étapes:

1/ L'IMPOSSIBILITÉ DE CONTINUER À EXERCER SON MÉTIER POUR DES RAISONS MÉDICALES

Elle implique une phase de conscientisation voire d'acceptation de l'inaptitude, de la permanence des difficultés de santé, du deuil du métier, etc. Cette phase peut prendre plus ou moins de temps et être plus ou moins bien vécue en fonction des personnes.

2/ LA NÉCESSAIRE (RE)MOBILISATION POUR ÉLABORER UN NOUVEAU PROJET PROFESSIONNEL

L'inaptitude à un poste ou à un emploi ne signifie pas impossibilité de travailler! Si le médecin n'a pas déclaré d'inaptitude totale, il convient d'explorer les possibilités de reclassement et de reconversion professionnelle (au sein de l'établissement ou en dehors).

La démarche de reclassement pour raison de santé et de reconversion professionnelle doit être conduite conjointement et simultanément par le professionnel et l'employeur. En effet, elle implique un investissement de part et d'autre pour que naisse

puis se mette en place le projet professionnel. Chacune des deux parties doit respecter certains droits et devoirs. Au-delà il doit s'agir d'un investissement et d'une démarche proactive de l'employeur et du professionnel, afin qu'un tel changement puisse effectivement s'opérer.

TEXTES DE RÉFÉRENCES :

- Décret n°89-376 du 8 juin 1989 relatif au reclassement des fonctionnaires hospitaliers reconnus inaptes à l'exercice de leurs fonctions (FPH)
- Code du travail: articles L1226-10 à L1226-12, principes généraux (inaptitude consécutive à un accident du travail ou à une maladie professionnelle)
- Des arrêts du Conseil d'État précisent l'obligation de reclassement, notamment : Conseil d'État, 2 octobre 2002, CCI Meurthe-et-Moselle, req n°227868 ; Conseil d'État, 15 novembre 2010, Madame A, n°330099 ; Conseil d'État, 17 mai 2013.

I Les engagements de l'employeur

L'employeur doit ainsi aider le professionnel à réinvestir l'emploi, à déterminer ou à formuler son projet professionnel, notamment en proposant des outils adaptés: accompagnement social et/ou psychologique, bilans de compétences, bilan de positionnement professionnel, etc.

Il se doit également d'informer le professionnel des étapes à venir, des différentes solutions mobilisables mais aussi des implications du reclassement (droits et devoirs).

Au-delà de l'obligation d'apporter une information éclairée au professionnel, l'employeur se doit de suivre et d'accompagner le professionnel dans son parcours. Pour cela, il peut lui proposer des bilans réguliers avec les agents des ressources humaines ou avec l'encadrement, d'étudier le dossier en réunion pluridisciplinaire, d'informer régulièrement le professionnel de l'avancée de son dossier, etc.

LES DROITS ET LES DEVOIRS DES PROFESSIONNELS FACE À UNE INAPTITUDE

Dans le cas où le projet professionnel nécessite d'accéder à de nouvelles compétences, **l'employeur accompagne alors la personne dans son parcours de formation, quelle qu'elle soit** (formation qualifiante, formation diplômante, etc). À ce titre, il doit pouvoir être en capacité d'identifier les financements et ressources mobilisables afin que l'aspect financier ne constitue pas un obstacle à la reconversion professionnelle de l'agent ou du salarié.

Dans le cadre d'un parcours de reclassement, l'employeur est soumis à une **obligation de reclassement**. Qu'elle soit prévue par les textes ou qu'elle résulte d'une obligation jurisprudentielle, il s'agit d'une **obligation de moyens et non de résultats**. Cela signifie très concrètement que l'employeur a l'obligation de rechercher un reclassement pour les agents et salariés devenus inaptes. Les preuves de la recherche de solutions doivent être apportées par l'employeur. En termes de gestion des ressources humaines, cela suppose que l'employeur est en capacité d'anticiper les besoins en ayant une visibilité sur la vacance des postes actuelle ou à venir, solliciter les besoins des directions ou de l'encadrement, etc.

En outre, **des outils complémentaires à l'accompagnement concourent à la réussite du reclassement**: travail avec le cadre en amont de l'arrivée de l'agent/du salarié, mise en place d'un système de tutorat, information des collègues, période de doublon, système d'évaluation périodique et multipartite (professionnel, RH, cadre, médecin), etc.

NÉANMOINS, CE DERNIER NE PEUT PAS TOUT DANS UN PARCOURS DE RECONVERSION :

- **Il ne peut pas déterminer le projet professionnel à la place du professionnel concerné.**
- **Il ne peut pas créer de poste sur-mesure**: les postes sont aujourd'hui budgétés pour correspondre à des missions précises à rendre auprès du public (usagers, résidents, patients...). Ce sont les tutelles administratives et financières qui établissent avec la direction le nombre et la qualification des postes nécessaires au fonctionnement de la structure. Les budgets sont ainsi contrôlés et non extensibles.

Les engagements du professionnel concerné par une inaptitude

L'obligation de reclassement ne pèse pas que sur la seule responsabilité de l'employeur. Le professionnel est en effet

un acteur incontournable, voire central dans un processus de retour à l'emploi ou de reconversion réussi. Il est en effet moteur de son propre parcours et doit s'investir pleinement dans sa reconversion professionnelle.

Dans ce cadre, il peut consulter régulièrement les postes disponibles afin d'identifier les métiers qui lui conviendraient et de se positionner, **avec l'appui des ressources humaines**, sur des offres qui l'intéressent.

Par ailleurs, il est essentiel que **le professionnel étudie avec attention les postes qui lui seront proposés** et ne soit pas dans une posture de rejet. En effet, l'employeur peut licencier pour inaptitude ou mettre en retraite pour invalidité un professionnel qui **refuse trois postes compatibles avec son état de santé, sa formation et ses compétences** (*Cour administrative d'appel de Nancy, 26 janvier 2012*).



POINT DE VIGILANCE

L'APTITUDE MÉDICALE POUR UN NOUVEAU POSTE OU UN NOUVEL EMPLOI NE SIGNIFIE PAS NÉCESSAIREMENT QUE CE DERNIER EST AUTOMATIQUEMENT PROPOSÉ À L'AGENT OU AU SALARIÉ. EN EFFET, LES COMPÉTENCES ET LES APTITUDES PROFESSIONNELLES COMPTENT AU MOINS AUTANT QUE LE VOLET MÉDICAL.

Ainsi, le professionnel joue un rôle fondamental dans son parcours de retour à l'emploi, notamment dans le cadre d'un reclassement. Sa motivation, son abnégation et sa posture sont autant de facteurs de réussite d'un reclassement.

Contrairement aux idées reçues, **les agents et salariés ne sont pas protégés de la sortie de l'emploi**. En effet, la retraite pour invalidité (fonction publique) ou le licenciement pour inaptitude (fonction publique, secteur privé) constituent des solutions de dernier recours activables en l'absence de solution.

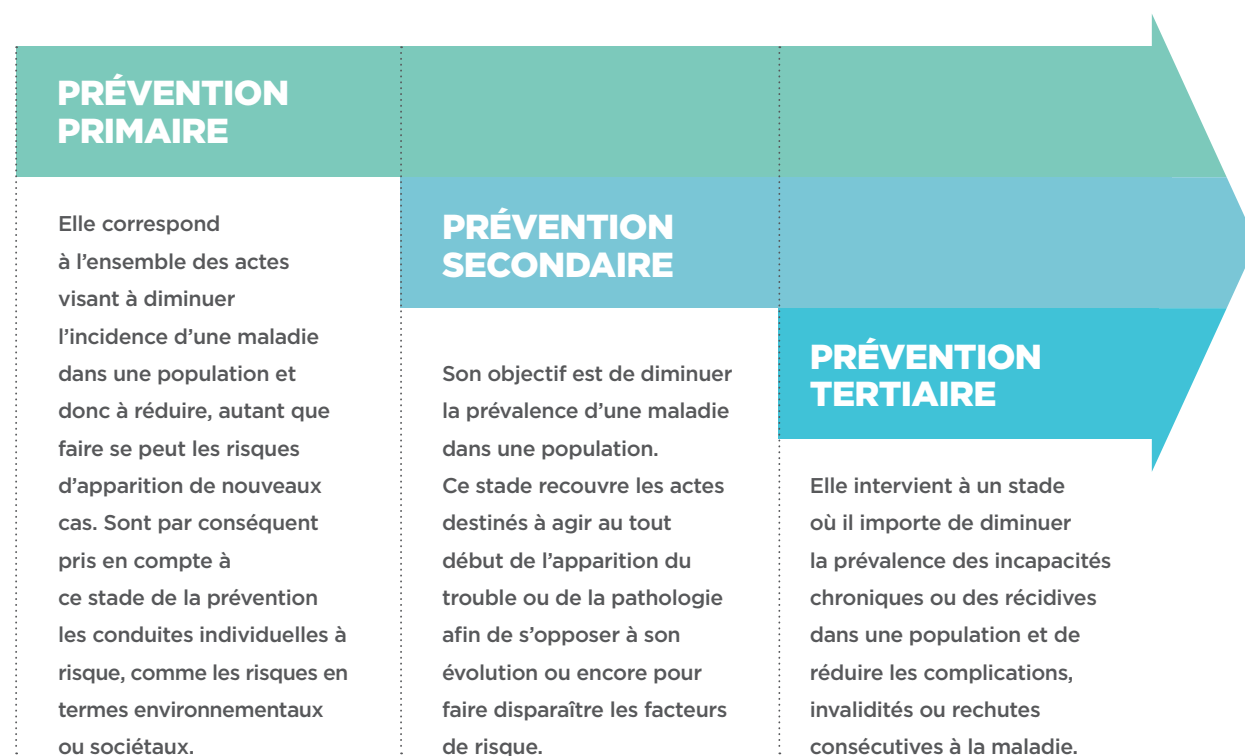


LES OUTILS ET BONNES PRATIQUES DE PRÉVENTION DE L'INAPTITUDE (FPH)

Les trois niveaux de la prévention des risques professionnels

Appliquée à la prévention des inaptitudes, ces trois conceptions permettent de définir des outils complémentaires.

On distingue généralement trois niveaux de prévention :



Prévention primaire : comment éviter la survenue des problématiques de santé liées à l'activité professionnelle ?

CONNAÎTRE ET MAÎTRISER LES RISQUES, POUR AGIR SUR LA PRÉVENTION DES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET LES MALADIES PROFESSIONNELLES

Le Document unique d'évaluation des risques professionnels

(DUERP), réalisé et mis à jour annuellement, répertorie l'ensemble des risques professionnels auxquels sont exposés les personnels, afin d'organiser la prévention au sein du programme annuel de prévention (PAPRI Pact).

Au-delà de l'obligation réglementaire, ces outils doivent permettre :

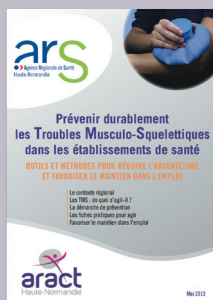
- la prise de conscience des personnels, au travers de démarches participatives d'évaluation des risques (groupes de travail, collecte des données au travers d'entretiens) ;

LES OUTILS ET BONNES PRATIQUES DE PRÉVENTION DE L'INAPTITUDE (FPH)

- **la sensibilisation des encadrants**, au travers de la formation;
- **l'identification de professionnels ressource**, comme les conseillers de prévention.
- **la mise en place de mesures concrètes de prévention**, qu'elles soient organisationnelles, techniques ou humaines, à nouveau autant que possible en permettant aux professionnels d'identifier eux-mêmes des solutions à leurs difficultés quotidiennes. Il ne s'agit donc pas de compiler des risques potentiels mais de disposer d'un diagnostic organisé des risques en vigueur dans une unité de travail précise, après évaluation de ceux-ci, qui constitue un support à l'action. Autrement dit, protéger la santé et la sécurité des professionnelles en passant du travail prescrit au travail réel.

AGIR SUR LES FACTEURS DE TROUBLES MUSCULO-SQUELETTIQUES (TMS)

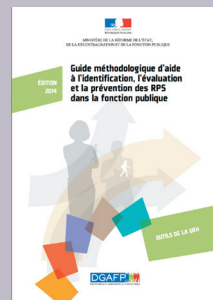
Les TMS sont des maladies qui touchent les tissus situés autour des articulations. Ils sont liés à des sollicitations excessives de situations de travail, qui si elles se répètent dans le temps, atteignent les capacités de récupération de l'organisme et conduisent à l'apparition de lésions constituées. En 2009, dans la FPH, les TMS sont la cause de 9,4% des arrêts de travail, 85% des maladies professionnelles et 56% des allocations temporaires d'invalidité (ATT). Pour limiter les risques de TMS, il n'existe pas de solutions toutes faites: chaque situation de travail est spécifique et si les catégories de risques sont les mêmes, elles ne se manifestent pas de la même manière ou avec la même intensité. Appliquer des solutions qui ont fonctionné ailleurs, sans analyse préalable, aboutit souvent à un échec: matériel non utilisé car mal adapté, risque déplacé, création de nouveaux risques, etc.



Méthodologie à adapter pour conduire une démarche de prévention des TMS :
http://www.ars.haute-normandie.sante.fr/fileadmin/Haute-NORMANDIE/rubriques/VOTRE_ARS/publication/ARS-GuideTMS_mai_2013.pdf

AGIR SUR LES FACTEURS DE RISQUES PSYCHOSOCIAUX (RPS)

Les RPS peuvent être définis comme «les risques pour la santé mentale, physique et sociale, engendrés par les conditions d'emploi et les facteurs organisationnels et relationnels susceptibles d'interagir avec le fonctionnement mental» (rapport Gollac). La notion de contraintes psychologiques et organisationnelles est parfois préférée à celle de risques psychosociaux, afin de mettre plus explicitement l'accent sur les facteurs en cause, en soulignant l'importance des aspects organisationnels. L'évaluation des risques psychosociaux implique par conséquent d'identifier les facteurs de risque qui relèvent de l'organisation du travail, des relations sociales au travail, des conditions d'emploi, et qui exposent ceux qui travaillent, afin d'imaginer des solutions alternatives ou des mesures qui réduisent ou suppriment l'exposition.



Méthodologie à adapter pour conduire une démarche de prévention des RPS :
http://www.fonction-publique.gouv.fr/files/files/publications/coll_outils_de_la_GRH/RPS-GuideMethodo-2014.pdf



OUTIL DE PRÉVENTION

formation «Prévention des risques liés à l'activité physique» (PRAP), analyse de l'organisation du travail, matériel ergonomique ou d'aide à la manutention.

www.inrs.fr/services/formation/publics/formateur-prap.html



LES AIDES DISPONIBLES

Les **Agences régionales de santé (ARS)** distribuent des crédits aux établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux dans le cadre des Contrats locaux d'amélioration des conditions de travail (CLACT).

Des appels à projet sont lancés chaque année, avec pour objectifs de développer une culture de la prévention des risques professionnels, de promouvoir les réorganisations de travail de nature à améliorer la qualité de vie au travail, d'accompagner les mobilités fonctionnelles et professionnelles des agents (seconde partie de carrière notamment).

Le Fonds national de prévention (FNP) de la CNRACL propose aux établissements sanitaires et médico-sociaux de la fonction publique hospitalière des dispositifs de soutien pour deux types de démarches :

- 1/ démarche d'évaluation des risques ;
- 2/ démarches de prévention thématique.

Les dossiers de candidatures sont à télécharger à l'adresse suivante : www.cdc.retraites.fr/portail/spip.php?page=article&id_article=9849#pos

Prévention secondaire et tertiaire : comment éviter la dégradation de l'état de santé ou la rechute ?

RENFORCER LA CONNAISSANCE DES SITUATIONS ET LE SUIVI DES PROFESSIONNELS À RISQUE

Trop souvent, les actions de prévention secondaire et tertiaire ne sont pas mises en œuvre dans les établissements faute de connaissance précise des professionnels concernés et de la nature de leurs difficultés. Plusieurs indicateurs peuvent néanmoins être suivis afin de faciliter le repérage des personnels en difficulté.

• Les restrictions d'aptitude émises par le médecin du travail

Le pilotage des restrictions d'aptitude permet à la fois de garantir leur respect pendant leur durée de validité, si besoin au moyen d'un aménagement de poste, et de permettre leur réévaluation régulière par le médecin du travail et la pleine réintégration de la personne dans la collectif de travail une fois son état de santé stabilisé.



OUTIL : TABLEAU DE SUIVI DES AGENTS

Un tableau de suivi des restrictions d'aptitude, incluant la date d'émission et la date de réévaluation, ainsi que la nature de la restriction d'aptitude.

• L'absentéisme pour raisons de santé

Certains professionnels préfèrent dissimuler leurs difficultés de santé, par peur des conséquences possibles sur leur emploi. Ils s'exposent ainsi à une dégradation de leur état de santé, notamment si celui-ci résulte de facteurs professionnels. L'absentéisme pour raison de santé, notamment perlé, c'est-à-dire les arrêts de courte durée fréquents, peut être le signe d'une problématique de plus grande ampleur. Le suivi des absences, au niveau du service RH ou de l'encadrement de proximité, permet ainsi le repérage et l'analyse de la situation des personnels concernés.



OUTIL : FICHE SYNTHÉTIQUE DE SUIVI

Une requête RH permettant de repérer la répétition des absences de courte durée pour maladie ordinaire ; une fiche de liaison entre encadrant de proximité et DRH pour signaler un agent dont l'absentéisme perlé semble dissimuler une difficulté liée à son état de santé.

TRAVAILLER EN PLURIDISCIPLINARITÉ

Dès l'apparition d'une problématique de santé chez un professionnel, le travail en pluridisciplinarité favorise la recherche et l'identification de réponses adaptées à la situation. Il s'agit en effet de répondre à des problématiques de nature différente : déterminer les conditions d'exercice les plus adaptées à l'état de santé de la personne (médecin du travail), affirmer institutionnellement la réponse apportée à la situation de la personne (DRH et direction fonctionnelle), favoriser l'aménagement du poste de travail et l'intégration dans

LES OUTILS ET BONNES PRATIQUES DE PRÉVENTION DE L'INAPTITUDE (FPH)

le collectif (encadrant de proximité, ergonomiste), accompagner l'agent sur un plan social et psychologique (service social du personnel, psychologue du travail), etc. Par ailleurs, le CHSCT doit pouvoir impulser la mise en œuvre d'une politique dédiée : en ce sens, il peut à la fois être à l'initiative de ces démarches mais également se voir présenter des bilans régulièrement.



EN PRATIQUE

Renforcement des liens avec le médecin du travail par le biais de rencontres régulières
Commission santé au travail/maintien dans l'emploi
Mobilisation de professionnels spécialisés par l'intermédiaire des partenaires (service inter-entreprises de santé au travail, SAMETH, assureurs),
Bilans réguliers auprès du CHSCT...

LIMITER L'EXPOSITION AUX RISQUES SUR LE LONG TERME

Les politiques de mobilité interne des professionnelles soignantes répondent à plusieurs objectifs : polyvalence, développement des compétences, renforcement de la motivation. Pour les professionnels affectés dans des services très exposés à la pénibilité (gériatrie, long séjour de psychiatrie), l'organisation de la mobilité permet de limiter dans le temps l'exposition aux facteurs de risque et le phénomène d'épuisement professionnel (cf. fiche pratique sur la mobilité interne et la GPMC p.23).



QUELLE DIFFÉRENCE ENTRE INAPTITUDE ET INVALIDITÉ ?

- **L'inaptitude** atteste de l'incompatibilité entre l'état de santé de la personne et son poste de travail.
- **L'invalidité** est un statut accordé par la CPAM aux salariés dont la capacité de travail ou de gains est réduite d'au moins 2/3 suite à une maladie ou un accident d'origine non professionnelle et donnant lieu au versement d'une pension d'invalidité. Trois catégories d'invalidité sont définies par le Code de la Sécurité sociale :
 - **première catégorie** : invalides capables d'exercer une activité rémunérée ;
 - **deuxième catégorie** : invalides absolument incapables d'exercer une profession quelconque ;
 - **troisième catégorie** : invalides qui, étant absolument incapables d'exercer une profession, sont, en outre, dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie.

Fiche synthétique relative au professionnel

Dates de création
et de mise à jour :

Nom Prénom : _____

Date de naissance : _____

Informations à distribuer dans les cases correspondantes :

Situation professionnelle

Fonctions

Ancienneté

Site

Affectations précédentes

Service et cadre référent

Professionnel reclassé

Situation de santé *(hors données médicales relevant du secret professionnel)*

Statut au regard de la médecine du travail
(apte, en restriction, reclassement préconisé)

Historique d'AT ou de MP

Temps partiel thérapeutique

Situation administrative

Reconnaissance et déclaration de handicap

Situation statutaire

Date :

Historique du traitement de la situation du professionnel

Autres informations :



Préconisation : il est préférable que ce document soit communiqué à l'agent pour favoriser son implication dans la démarche.

OUTIL : TABLEAU DE SUIVI DES AGENTS

FICHE
N°3

DONNÉES ADMINISTRATIVES RELATIVES AU PROFESSIONNEL								RECENSEMENT DES AGENTS BÉNÉFICIAIRES ...	
Nom	Prénom	Sexe	Date de naissance	Grade/métier	Service	Taux d'activité	Date d'entrée dans l'établissement	Type de reconnaissance BOE	Date d'expiration du justificatif

... DE L'OBLIGATION D'EMPLOI EN VUE DE LA DOETH		SUIVI DES PROFESSIONNELS EN SITUATION DE RESTRICTION D'APTITUDE			
Année d'entrée dans le recensement DOETH	Type de handicap de l'agent	Nature de la restriction d'aptitude	Date d'émission de la restriction	Date de la réévaluation de la restriction	Réponse apportée en termes d'aménagement de poste (aménagement organisationnel ou horaire, achat de matériel, réaffectation...)

OUTIL : FICHE DE CAPACITÉ OU CONTRAINTES

ACCÈS AU POSTE DE TRAVAIL ET DÉPLACEMENT	OUI	NON	LIMITE DE LA RESTRICTION	OBSERVATIONS
Conduire un véhicule				
...				
RYTHMES DE TRAVAIL				
Horaires décalés				
Horaires fixes				
Travail tôt le matin				
Travail en soirée				
Astreinte				
Planification de pauses				
Pause méridienne (midi)				
Travail répétitif				
...				
POSTURE DE TRAVAIL				
Piétinement				
Station prolongée debout				
Travail assis				
Buste penché en avant				
Travail à contorsions et attitudes variées				
Travail accroupi				
Travail en hauteur				
Travail à genoux				
Station statique prolongée				
...				
APTITUDES GESTUELLES				
Dextérité et précision manuelle				
Force manuelle				
Manutention manuelle				
Porter des charges < 5 kilos				
Porter des charges < 10 kilos				
Porter des charges > 10 kilos				
Porter des charges < 25 kilos				
Porter des charges > 25 kilos				
Travail sans appui des membres supérieurs				
Extension des membres supérieurs au-delà de la ligne des épaules				
Travail des bras en élévation				
Sollicitation musculaire au niveau des membres supérieurs				
Effort musculaire de traction				
Effort musculaire de pousser				

	OUI	NON	LIMITE DE LA RESTRICTION	OBSERVATIONS
APTITUDES GESTUELLES (SUITE)				
Flexion vers l'avant				
Torsion du buste				
Accroupissement				
Solicitation des épaules				
Solicitation du dos				
Gestes répétitifs				
Solicitations fines				
...				
APTITUDES COGNITIVES				
Capacité de mémorisation				
Capacité de concentration				
APTITUDES SENSORIELLES				
Visuelle				
Auditive				
Toucher				
TOLÉRANCE				
Tolérance aux produits irritants et toxiques cutanés				
Tolérance aux produits irritants et toxiques respiratoires				
Tolérance aux produits irritants sensibilisants				
Tolérance aux environnements allergisants				
Tolérance aux intempéries				
Tolérance aux environnements chauds				
Tolérance aux environnements froids				
Tolérance aux bruits				
Tolérance aux vibrations				
Tolérance aux poussières				
Tolérance aux travaux insalubres				
Tolérance aux produits chimiques				
Tolérance aux agents biologiques				
Tolérance à la luminosité artificielle				
Tolérance au travail en milieu hyperbare				
...				
PSYCHOLOGIQUE ET SOCIALE				
Travail en groupe (bureau collectif)				
Travail isolé				
Travail induisant une charge psychique et émotionnelle				
Travail d'astreinte				
...				

OUTIL : PRÉCONISATIONS EN VUE DE LA MISE EN PLACE D'UNE COMMISSION DE MAINTIEN DANS L'EMPLOI

FICHE
N°3

De multiples interlocuteurs interviennent dans l'accompagnement des agents d'un point de vue médical (médecin du travail, infirmière du travail, psychologue, ergonome), social (service social du personnel), administratif (DRH), professionnel (collectif de travail, encadrant supérieur et de proximité, IRP et membres du CHSCT) ou à la croisée de ces compétences (référé handicap).

La coordination entre ces interlocuteurs est essentielle, pour répondre à plusieurs enjeux complémentaires :

- faciliter la circulation de l'information et la recherche de solution pour les agents en difficulté
- favoriser la réflexion pluridisciplinaire pour un accompagnement de qualité,
- anticiper les situations problématiques et les repositionnements,
- impliquer l'encadrement de proximité et valoriser son rôle dans le maintien dans l'emploi

Dans ce sens, la constitution et la réunion régulière d'une « commission de maintien dans l'emploi » pluridisciplinaire est une solution de plus en plus fréquemment mobilisée par les établissements.

En amont, plusieurs questionnements doivent être conduits afin de déterminer les objectifs assignés à ce dispositif et ses modalités de fonctionnement.

1

DÉFINIR SA COMPOSITION

Quels sont ses membres permanents ?

- *A priori* : DRH, directions fonctionnelles, médecine du travail, référé handicap, service social du personnel
- *À questionner* : encadrement de proximité, représentants du personnel

Des invitations ponctuelles de certains interlocuteurs doivent-elles être envisagées ?

- La présence de l'agent peut-elle être utile ?
- La présence d'un partenaire extérieur tel que le SAMETH est-elle possible ? Selon quelles modalités précises ?
- La présence d'acteurs spécialisés pourrait également être une plus-value en fonction des situations (responsable formation, gestionnaire absentéisme, etc.).

Cette commission doit-elle être une émanation du CHSCT ? Quelles sont les articulations à construire avec le CHSCT ?

5

DÉFINIR SES MODALITÉS DE FONCTIONNEMENT

En amont de la réunion :

- Comment est déterminé l'ordre du jour ?
- Qui est chargé du secrétariat (invitation, traçabilité des échanges, compte-rendu) ?

Pendant la réunion :

- Qui anime la réunion ?
- Quel est le support d'animation de la réunion ?

Après la réunion :

- Des pilotes sont-ils désignés pour mettre en œuvre les solutions préconisées ?
- Quels outils sont nécessaires pour permettre le suivi des situations et la transparence vis-à-vis des échanges et propositions ?

2

DÉFINIR SES MISSIONS

Quel serait le périmètre d'action de cette commission ?

- *Par type de situations* : le déclenchement et le suivi des aménagements de poste, l'orientation vers des partenaires externes, le suivi des agents en absence de longue durée ou en retour à l'emploi, la gestion des réaffectations et des reclassements, les reconversions professionnelles ?
- *Par type de publics* : professionnels reconnus administrativement en situation de handicap uniquement, ensemble des situations de handicap au travail à partir de la restriction d'aptitude, professionnels en risque d'inaptitude ou ayant fait l'objet d'un signalement (du médecin, du cadre, du collectif de travail...)?

3

DÉFINIR SES RÈGLES DE PÉRIODICITÉ ET DE DURÉE

Quelle périodicité doit être retenue : une périodicité fixe (réunion mensuelle, bimensuelle, trimestrielle...) ou à la demande/en fonction des besoins ?

À quelle échéance la planification des réunions (en cas de périodicité fixe) doit être prévue ?

Faut-il fixer une durée de la réunion ?

4

S'ACCORDER SUR LES ENJEUX DE CONFIDENTIALITÉ

L'accord préalable de l'agent est-il requis pour l'étude de son dossier en commission ?

Comment assurer la confidentialité des informations échangées ? Faut-il rédiger une charte relative à ce point et la faire signer par les membres de la commission ?



GPMC ET MOBILITÉ INTERNE

■ Qu'est-ce que la GMPC ?

La Gestion prévisionnelle des métiers et des compétences (GPMC) consiste à concevoir, mettre en œuvre, suivre et évaluer des plans d'actions en fonction d'objectifs déterminés. Elle est une conception prospective et dynamique de la gestion des ressources humaines.

Elle a pour objectif de faciliter l'adéquation des ressources actuelles d'un employeur avec ses besoins à venir. Elle concerne aussi bien les besoins quantitatifs (effectifs) que qualitatifs (adaptation des compétences des professionnels aux missions de l'employeur ainsi qu'à ses moyens).

La GPMC constitue ainsi un enjeu majeur pour chaque employeur du secteur sanitaire et médico-social: elle doit lui permettre d'anticiper les évolutions futures de son organisation et de ses métiers, et de professionnaliser ses ressources, en vue d'une meilleure qualité du service rendu aux usagers.

DÉFINITION DES ORIENTATIONS STRATÉGIQUES DE L'EMPLOYEUR

ANALYSE DES ÉCARTS ENTRE LES RESSOURCES ACTUELLES ET DES BESOINS À VENIR

ÉLABORATION DE PLANS D' ACTIONS S' APPUYANT SUR DIVERS OUTILS RH (recrutement, mobilité, formation, organisation, etc.)

■ Les principaux outils de la GMPC

LES FICHES DE POSTE

Les fiches de postes sont des outils utiles pour faire face aux évolutions en cours dans les établissements et leur mise en œuvre s'inscrit dans les évolutions du mode de gestion des ressources humaines : réorganisation des services, renouvellement des effectifs avec les départs à la retraite, évolutions des métiers, élargissement des champs d'activités, généralisation de l'évaluation, etc.

Quelles plus-values ?

• Pour l'employeur :

- elle facilite le recrutement et la formation, l'entretien annuel, la mise en œuvre de projets de mobilité et l'individualisation des parcours;
- elle facilite l'analyse transversale de certaines problématiques : hygiène et sécurité, formation, promotion;
- elle permet au responsable du service de cadrer les activités du professionnel;
- elle constitue un outil partagé qui facilite le dialogue entre le service et la DRH.

• Pour le professionnel :

- elle définit la raison d'être du professionnel au sein de l'organisation;
- elle donne un cadre de référence à son activité;
- elle permet de valoriser les compétences de chacun;
- elle facilite le dialogue avec le supérieur hiérarchique en particulier lors de l'entretien annuel.

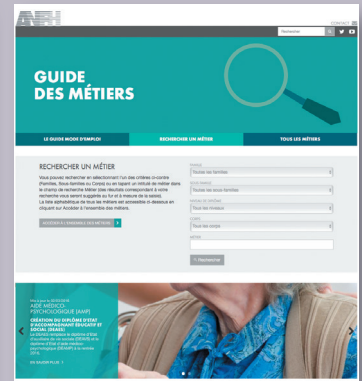
LE RÉPERTOIRE DES MÉTIERS

L'approche métiers est de plus en plus utilisée en complément de la gestion statutaire. L'intérêt de mixer les deux approches est de valoriser les espaces de mobilité pour un agent, en mettant en avant les compétences nécessaires. Ceci devrait permettre de mieux anticiper les évolutions et d'accompagner les parcours individuels. Ainsi, l'élaboration de fiches métiers ou d'un répertoire complet des métiers de l'employeur constituent des outils précieux de gestion individuelle et collective à différents stades de la GRH: recrutement, évaluation, formation, promotion, mobilité.

GPEC/GPMC ET MOBILITÉ INTERNE

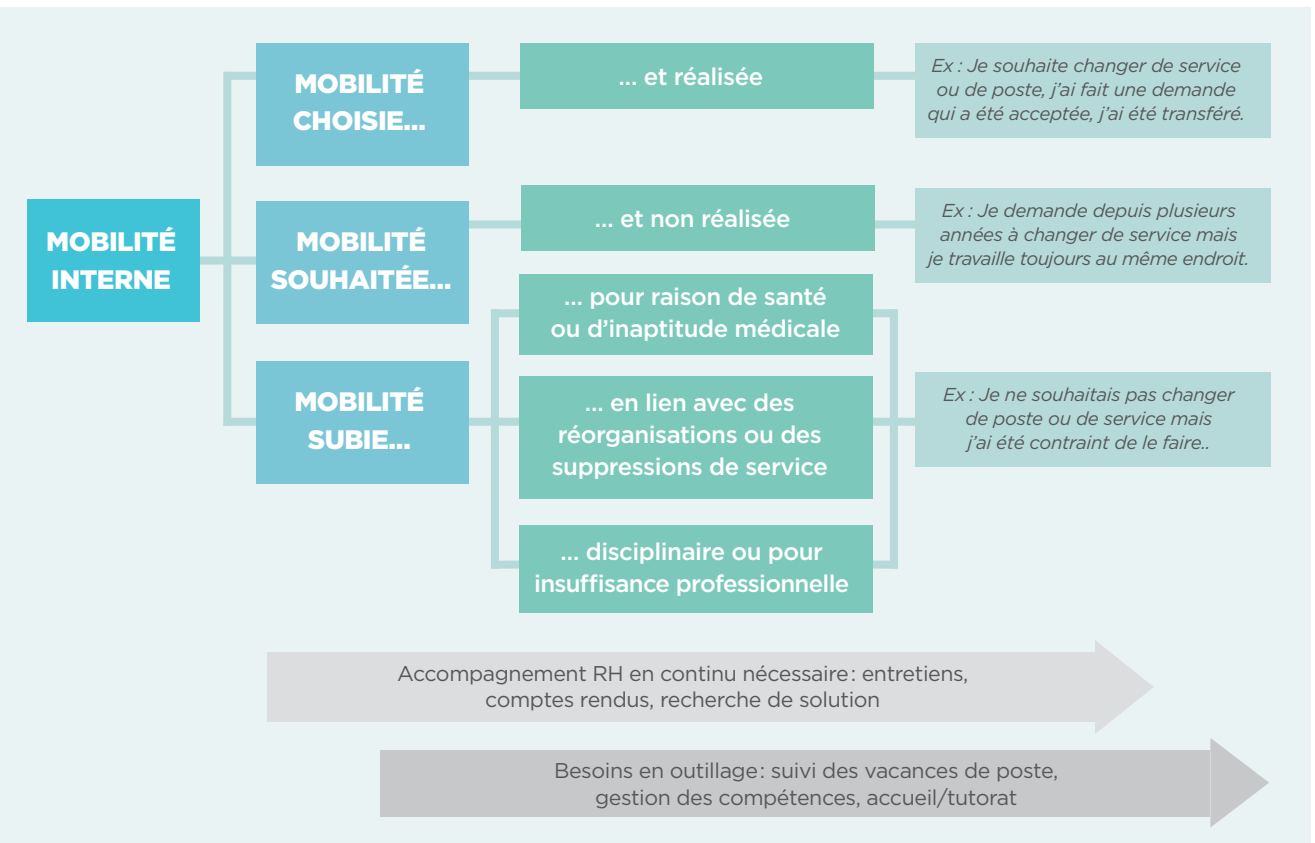


Un répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière est accessible en ligne sur
<http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/> ainsi qu'un **guide des métiers de l'ANFH** sur www.metiers.anfh.fr



La mise en place d'une politique de mobilité interne

La mobilité interne répond à plusieurs situations pouvant être résumées à l'aide du schéma ci-dessous. Quelle que soit l'origine de la mobilité, elle doit être accompagnée par le service des ressources humaines mais doit également pouvoir s'appuyer sur des outils dédiés.



L'organisation de la mobilité (interne / externe) et l'anticipation des trajectoires professionnelles est d'autant plus importante qu'au regard de la pénibilité de l'activité, des problématiques d'usure professionnelle peuvent apparaître. Or, dans certains établissements, le constat peut être fait d'une grande ancienneté des professionnels au sein d'un même service voire sur un même poste. Si cette situation peut sembler présenter des avantages (meilleure spécialisation des professionnels, gestion facilitée des ressources humaines, appropriation des outils et méthodes de travail, efficacité, etc.), on peut surtout recenser des inconvénients, tant sur un plan individuel que collectif (cloisonnement des services, réticences au changement, surspécialisation, moindre attention portée au travail, etc.).

Concernant la fonction publique, il est important de rappeler deux principes :

- l'agent est titulaire de son grade et non de son poste;
- le directeur d'établissement dispose du pouvoir d'affectation.

POURQUOI DISPOSER D'UNE POLITIQUE ACTIVE DE MOBILITÉ INTERNE ?

- Pour le professionnel:
 - bénéficier d'un parcours professionnel riche et diversifié au sein de l'établissement;
 - continuer d'acquérir de nouvelles compétences/connaissances et accéder à des dispositifs de formation continue;
 - anticiper les problématiques de santé liées au travail: usure professionnelle, risque d'inaptitude, accident du travail...
 - préparer une mobilité externe ou géographique (mutation, détachement, changement de fonction publique, expérience dans le privé ou dans le public, etc.);
 - rendre plus ordinaires les mobilités résultant d'un reclassement pour raison de santé; etc.
- Pour l'établissement:
 - disposer de règles claires en matière de mobilité;
 - centraliser et prendre en compte l'ensemble des demandes pour y répondre au mieux;
 - assurer le renouvellement des équipes: mieux gérer la pyramide des âges et de l'ancienneté dans certains services;
 - disposer d'un personnel plus polyvalent, faciliter les remplacements et les renforts d'équipe;
 - arriver à conjuguer compétence et vacance de poste; etc.



BONNE PRATIQUE DU CENTRE HOSPITALIER DE VIENNE (38)

La mobilité se réfléchit à un niveau individuel notamment dans les cas où elle doit être réalisée ou anticipée pour une raison de santé ou d'inaptitude. Il existe deux types de situation :

- Mobilité dans le cadre d'un retour au travail après une absence longue ou un absentéisme perlé : un entretien de retour, conduit avec le cadre, vise entre autre à aborder la question du maintien du professionnel sur son poste et au sein de son équipe ou de l'opportunité d'une mobilité. Le professionnel reste décisionnaire sur cette question, il s'agit d'une proposition dans le cadre d'une discussion mais pas d'une obligation. Une procédure a été établie ainsi qu'une grille d'entretien et de synthèse. Ce dispositif, en cours d'expérimentation, sera présenté en CTE en juin. Sa généralisation est prévue pour septembre 2016.

- Mobilité en cas de risque d'inaptitude : le service de santé au travail, dès qu'il détecte un risque d'inaptitude à moyen terme, conseille à l'agent de prendre contact avec la DRH pour envisager une mobilité professionnelle. L'agent doit être moteur de cette démarche et sera appuyé par la DRH: proposition de bilans de compétences, réalisation d'une formation, réflexion sur un parcours professionnel, immersion en service en observation, positionnement test sur un poste vacant, etc. Ce dispositif est en cours de structuration.

GPMC ET MOBILITÉ INTERNE

QUELS PEUVENT ÊTRE LES FREINS À LEVER POUR METTRE EN PLACE UNE POLITIQUE DE MOBILITÉ GÉNÉRALISÉE ?

- **Le corps médical** s'avère généralement hostile à ce type de démarche car elle peut engendrer une perte de repère dans la collaboration avec certains professionnels. Ils peuvent également craindre une perte de compétences au sein de leur équipe.
- **Des écarts dans les modes de fonctionnement** des services peuvent jouer en défaveur d'une politique généralisée de mobilité : temps de travail différents en fonction des unités, régime indemnitaire qui varie, système de repos fixes/variables impliquant des différences de salaire, etc.
- La dynamique de mobilité interne s'avère d'autant plus pertinente et possible que la taille de l'établissement permet une diversité de services, de pôles, de métiers, etc. Elle sera donc a priori plus facile à mettre en œuvre dans les grands établissements hospitaliers qu'au sein d'établissements mono-activité et/ou de petite taille.
- Comme toute structuration de politique RH interne, elle nécessite **du temps, de la concertation, des outils à créer, etc.**



BONNE PRATIQUE DU CENTRE HOSPITALIER SPÉCIALISÉE DE SAVOIE (73)

L'établissement travaille sur la mobilité dans le cadre de deux dispositifs distincts :

- La DRH organise des commissions maintien dans l'emploi visant à traiter des situations individuelles d'inaptitude. Dans le cadre des réorientations professionnelles, les demandes de formation de ces agents sont validées systématiquement et prioritairement : l'établissement dispose d'une ligne de financement dédié, en plus du plan de formation.
- La politique d'Amélioration de la qualité de vie au travail (AQVT) a défini la mobilité comme l'un des axes prioritaires de travail. L'objectif est de doter l'établissement de règles de mobilité simples, compréhensibles par tous et uniformes pour l'ensemble des services. Un groupe de réflexion a été organisé pour réfléchir à ce dispositif de mobilité organisée. Il concernerait uniquement les soignants dans un premier temps, la mobilité semblant plus aisée au sein des autres filières.

QUELQUES CONSEILS SI VOUS SOUHAITEZ METTRE EN PLACE UNE POLITIQUE DE MOBILITÉ INTERNE

- **Associer largement les acteurs internes** et travailler le projet en pluridisciplinarité : ressources humaines, directions, encadrement y compris de proximité, représentants du personnel, représentants du corps médical, médecine du travail et acteurs de la santé au travail.
- Démarrer la mise en place du projet sous forme **d'expérimentation** à petite échelle ou de manière progressive :
 - cibler les nouveaux recrutés ?
 - cibler une filière en particulier (ex : soignante) ?
 - cibler un métier en particulier ?
 - cibler un pôle de soin ou d'activité en particulier ?
- **Déterminer la temporalité** et donc la récurrence à laquelle les personnels devront procéder à une mobilité (ex : tous les sept ans au plus tard) : laisser tout de même le temps nécessaire au professionnel pour être performant sur son poste et dans une forme de confort au quotidien.
- **Réfléchir aux outils nécessaires** permettant de gérer les aspects administratifs liés au suivi des mobilités (demandes, décisions, référents, alertes...)
- **Réfléchir aux dispositifs annexes** nécessaires à la bonne mise en œuvre de la politique de mobilité : fiches de poste, référentiels métiers à jour, identification des compétences transférables, référents dans les services, tutorat, formation, gestion de l'accueil du nouveau collègue, etc.
- **Établir des règles précises** et simples de fonctionnement permettant de répondre par exemple à ces enjeux :
 - Quelle place laissée au choix de mobilité pour le professionnel ? Doit-il choisir un poste ou un service dans une liste préétablie (par exemple secteurs en tension, services les moins attractifs) ? Peut-il demander n'importe quel service ou au contraire se voir imposer un service ?
 - La mobilité peut-elle être possible avant l'échéance maximum donnée ? Par exemple, quel niveau de priorisation d'une demande de mobilité au bout de quatre ans alors que le système établit une rotation tous les sept ans ?

LES OUTILS ET BONNES PRATIQUES DU RECLASSEMENT ET DE LA RECONVERSION PROFESSIONNELLE

Les étapes du reclassement dans le secteur public

ÉTAPES		PRÉCISIONS	
1	Faire constater l'inaptitude à la fonction de l'agent par le comité médical ou la commission de réforme	L'inaptitude doit être caractérisée: ne pas confondre inaptitude au poste/à la fonction/ à toutes fonctions. Il faut également disposer de précisions quant à sa durée: temporaire/définitive.	Le travail d'accompagnement de l'agent dans sa réflexion autour de son projet professionnel débute dès cette première étape.
	Prouver l'impossibilité de procéder à l'aménagement du poste ou à la réaffectation de l'agent	La recherche de l'aménagement ou de la réaffectation doit être prouvée par tout moyen: avis du médecin, étude de poste, facture d'achat de matériel, rapport de l'encadrant...	
2	Inviter l'agent à faire une demande de reclassement statutaire	L'agent n'a pas à préciser la nature des emplois sur lesquels il sollicite le reclassement (Cour Administrative d'Appel de Nantes, 26 juin 2003). La demande de reclassement implique uniquement que l'agent souhaite continuer à exercer une activité professionnelle malgré son inaptitude. Sans demande de reclassement, une procédure de mise en disponibilité d'office, d'admission à la retraite, ou de licenciement pourra être envisagée.	
3	Rechercher un poste de reclassement	Il est nécessaire d'engager la recherche dans un délai raisonnable: le délai de 4 mois à partir de la déclaration d'inaptitude est jugé trop long pour commencer à opérer une recherche de poste (CAA de Bordeaux, 9 avril 2013). L'employeur est tenu de proposer un poste conforme au niveau de formation de l'agent. Celui-ci doit être compétent dans ses nouvelles fonctions pour ne pas risquer d'être licencié pour insuffisance professionnelle. L'employeur est également tenu de donner une chance à l'adaptation de l'agent: il a été jugé que l'affectation à titre d'essai pour 3 mois sur 80% du temps de travail constitue une bonne appréciation de la compatibilité de l'agent au poste (Conseil d'Etat, 14 janvier 2010). Bonne pratique: l'employeur doit pouvoir accompagner son agent dans sa montée en compétences afin d'optimiser les chances de réussite du reclassement.	
4	Vérifier l'aptitude de l'agent à sa nouvelle fonction et au poste proposé	L'aptitude à la fonction doit être constatée par le comité médical ou la commission de réforme et l'aptitude au poste par le médecin du travail.	
5	Procéder au détachement de l'agent	Une période de détachement d'un an est requise pour le reclassement dans un emploi relevant d'un autre corps ou cadre d'emploi. Si l'agent est classé dans son emploi de détachement à un échelon doté d'un indice inférieur à celui détenu dans son grade d'origine, il conserve le bénéfice de cet indice jusqu'au jour où il bénéficie d'un indice au moins égal.	
6	Procéder au reclassement de l'agent	Sous réserve d'une évaluation positive de la période de détachement.	



LES OUTILS ET BONNES PRATIQUES DU RECLASSEMENT ET DE LA RECONVERSION PROFESSIONNELLE

Précisions.

SITUATIONS	PRÉCISIONS
L'employeur ne trouve pas de poste de reclassement	<p>Le reclassement correspond à une obligation de moyens et non de résultat : l'employeur doit mettre en œuvre tout moyen pour parvenir à reclasser l'agent mais ne saurait être tenu pour responsable s'il n'y parvient pas. La décision de reclassement reste subordonnée à la possibilité d'emploi : l'employeur n'a pas d'obligation de créer un poste pour l'agent. Pour autant, c'est à l'employeur d'établir et de prouver qu'il ne dispose pas de poste de reclassement à proposer à l'agent.</p> <p>Pendant la période de recherche d'un poste de reclassement par l'employeur, l'agent est maintenu en congé de maladie jusqu'à l'épuisement de ses droits statutaires, puis placé en disponibilité d'office pour raisons de santé.</p> <p>Au terme de la période de disponibilité, si le reclassement est toujours impossible en raison de l'état de santé de l'agent ou faute de poste disponible, l'agent est admis à la retraite pour invalidité ou licencié pour inaptitude.</p>
L'agent refuse le poste de reclassement proposé	<p>En l'état de la jurisprudence, on considère que l'employeur peut acter l'échec du reclassement et la sortie de l'emploi suite au refus par l'agent de trois propositions de postes compatibles avec son état de santé, sa formation et ses compétences (CAA de Nancy, 26 janvier 2012).</p>
L'agent ne donne pas satisfaction dans son nouveau poste	<p>L'intégration dans le nouveau grade est subordonnée à l'aptitude professionnelle de l'agent à ses fonctions. En cas d'échec du détachement pour raisons professionnelles, l'employeur n'a pas d'obligation de proposer à l'agent un nouveau poste de reclassement (CAA de Paris, 3 juin 2013) et peut le licencier pour inaptitude professionnelle.</p>

RÉFÉRENCES RÉGLEMENTAIRES :

- Action du médecin du travail, visites médicales, déclaration d'inaptitude: *articles L4624-1 et suivants*
- Procédure de reclassement pour une inaptitude consécutive à une maladie ou un accident non professionnel : *articles L1226-2 et suivants*
- Procédure de reclassement pour une inaptitude consécutive à accident du travail ou à une maladie professionnelle: *articles L1226-10 et suivants*
- Indemnités et sanction en cas de licenciement abusif: *articles L1226-13 et suivants*

Nouveau projet professionnel : quels outils à mobiliser ?

Plusieurs dispositifs complémentaires existent pour accompagner le professionnel dans sa réflexion, évaluer ses compétences et sa capacité à en acquérir de nouvelles, l'accompagner dans sa remobilisation, etc.

- Les bilans de compétences et leurs variantes :
 - le bilan de compétences ou le bilan de réorientation professionnelle pour faire le point sur les capacités et les motivations du salarié et définir un projet professionnel ou de formation (cf. ANFH) ;
 - les dispositifs proches créés par les centres de bilan de compétences, comme les prestations de « validation du projet professionnel », conçue pour valider un projet de reconversion en amont de l'entrée en formation ou le « bilan de reconversion », proche du bilan de compétences mais intégrant une concertation avec l'employeur actuel (cf. dispositif « C'possible » de l'ANFH Rhône) ;
 - la Prestation spécifique d'orientation professionnelle (PSOP), dispositif préfinancé par le FIPHFP et prescrit par le SAMETH, intégrant une concertation avec l'employeur et une recherche de poste concentrée sur l'établissement d'appartenance.
- L'évaluation des aptitudes ou des capacités fonctionnelles, assurée par des prestataires variés, notamment dans le cadre d'une orientation par le SAMETH, elle s'attache à la nature du handicap de la personne, pour permettre à la personne d'avoir une vision objective de ses potentialités, de ses atouts et de ses limites, et à son employeur d'identifier ses capacités fonctionnelles et les difficultés ou contraintes inhérentes à sa déficience.
- La formation professionnelle continue, et notamment la formation qualifiante, pour accéder à un nouvel emploi. Le financement de la formation est susceptible d'être pris en charge par l'ANFH, en partenariat avec le FIPHFP.

UN PARTENAIRE EN CAS D'ACCIDENT DE LA VIE : COMÈTE FRANCE



Créée le 11 décembre 1992, l'association COMÈTE FRANCE vise à développer l'insertion sociale

et professionnelle permettant de construire, dès l'entrée de la personne dans un établissement ou service de Soins de suite et de réadaptation (SSR), spécialisé en Médecine physique et de réadaptation (MPR) et avec sa participation volontaire et active, un projet de vie, incluant obligatoirement une dimension

professionnelle, qui pourra se concrétiser le plus rapidement possible après sa sortie de l'établissement sanitaire.

L'association COMÈTE FRANCE s'adresse aux patients hospitalisés dans les établissements adhérents et pour lesquels la pathologie (liée à la survenue d'un accident, d'une maladie ou à son aggravation) remet en cause le retour à l'emploi, en milieu ordinaire de travail. Ces personnes souffrent majoritairement de déficiences motrices et psychomotrices lourdes et/ou complexes (atteintes médullaires, cérébrales, ostéo-myo-articulaires, pathologies rachidiennes...).

Dans chaque établissement adhérent, une équipe COMÈTE prend en charge les patients présentant une problématique professionnelle du fait de leur déficience. Pendant l'hospitalisation, les patients construisent, avec l'appui de l'équipe COMÈTE FRANCE, un projet professionnel (maintien dans l'emploi, entrée en formation ou reprise d'études) qui prend en compte l'ensemble de l'environnement (permis de conduire adapté, aménagement du logement, aides techniques, humaines...). L'objectif est de potentialiser la motivation de la personne en mettant à profit le temps d'hospitalisation pour élaborer et mettre en œuvre un projet de vie cohérent.

Accompagnement du professionnel : quelles bonnes pratiques ?

Afin de garantir l'efficacité du travail engagé sur le projet professionnel, un accompagnement personnalisé et de proximité (notamment au niveau RH) s'avère indispensable. Cet accompagnement implique pour les employeurs de s'inscrire en proximité auprès des professionnels, de les recevoir en entretien, de les stimuler, etc. pour leur permettre d'engager le travail sur leur projet professionnel de manière encadrées et sur la base d'informations fiables. Il s'agit alors de lancer et de guider chez la personne une démarche de réflexion sur les souhaits, les compétences acquises ou qui pourraient l'être, les opportunités d'emploi comme de formation, etc.

Des dispositifs expérimentaux ont également pu être développés par certains employeurs pour favoriser la projection sur un nouveau métier. À titre d'exemple, l'instauration de « journées découverte »/ stage d'un métier ou d'un service permet aux professionnels la découverte d'un métier et des conditions effectives d'exercice, loin des idées reçues encore largement diffusées, notamment sur les postes administratifs. Les « postes tremplins » permettent quant à eux l'affectation temporaire sur un poste identifié avec bilan formalisé à l'issue de la période pour confirmation ou infirmation de reclassement.

OUTIL : LETTRE D'INVITATION À FORMULER UNE DEMANDE DE RECLASSEMENT STATUTAIRE

Nom de l'employeur

Adresse

Lieu, date.

Objet: Invitation à procéder à une demande de reclassement statutaire

Madame/Monsieur

CONTEXTE

Le comité médical / la commission de réforme, réuni / réunie en date du a prononcé à votre égard un avis d'inaptitude à la fonction.

RAPPEL DE LA RÉGLEMENTATION

Pour la poursuite de votre parcours professionnel, un reclassement doit être envisagé.

POSITIONNEMENT DE L'EMPLOYEUR

L'établissement souhaite vous accompagner dans cette démarche afin de vous permettre d'identifier un métier correspondant à vos souhaits et aux possibilités de reclassement en interne.

DEMANDE FAITE À L'AGENT

Afin de respecter la procédure prévue par les statuts de la fonction publique hospitalière (*loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, articles 71 à 76 du titre IV et 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*), nous vous invitons à nous faire parvenir un courrier de sollicitation d'un reclassement, qui permettra d'engager cette démarche.

INCIDENCES SUR SA SITUATION PROFESSIONNELLE

Nous attirons votre attention sur les incidences que ce reclassement aura sur votre carrière : vous quitterez votre grade d'origine pour être détaché puis intégré dans un nouveau grade. Votre rémunération pourra en être affectée : vous garderez le bénéfice de votre indice, mais perdrez les primes associées à votre précédent métier.

PROCHAINES ÉTAPES

Nous nous tenons à votre disposition pour organiser dès que possible un entretien avec le service des ressources humaines, afin de vous présenter l'ensemble des tenants et des aboutissants de cette démarche. Celle-ci implique en effet que nous envisagions ensemble les postes disponibles et les moyens d'acquérir les compétences nécessaires pour y exercer.

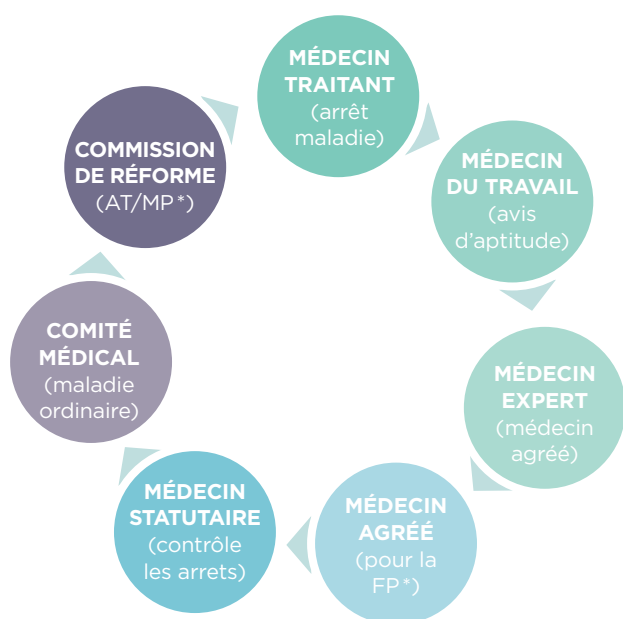
Veillez agréer...

SANTÉ AU TRAVAIL : DROITS ET INTERLOCUTEURS DES PROFESSIONNELS DANS LA FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIÈRE

Les acteurs

Les acteurs intervenant dans le champ de la santé sont nombreux et interviennent à différentes étapes du parcours de maintien dans l'emploi d'un agent rencontrant des problématiques de santé.

Il est important de bien comprendre leurs rôles respectifs et les articulations potentielles entre ces acteurs.



* voir glossaire p.4

Les enjeux liés à l'absentéisme sont fortement liés à ceux du maintien dans l'emploi, c'est-à-dire les pratiques qui vont permettre de **limiter le risque de désinsertion professionnelle et d'optimiser le présentéisme**. La réalité de terrain fait apparaître que les problématiques de maintien dans l'emploi sont en nombre croissant et que la gestion des situations individuelles est de plus en plus difficile. Un des axes forts de la politique de santé au travail est de contribuer au maintien dans l'emploi des personnes inaptes, en restriction d'aptitude ou en risque d'inaptitude au poste. Si les acteurs externes sont nombreux, le maintien dans l'emploi demande d'**associer diverses compétences**: RH, médicale, ergonomique, managériale, psychosociale etc... et une implication de tous, y compris du collectif de travail de l'agent.

Le rôle du médecin du travail est particulièrement important, celui-ci étant positionné au centre du dispositif.

Les visites et instances médicales des agents de la fonction publique hospitalière

LE SUIVI MÉDICAL ASSURÉ PAR LE MÉDECIN DU TRAVAIL : LES VISITES

Le suivi de la santé d'un agent sur son lieu de travail est assuré par le médecin du travail dans le cadre de visites médicales, obligatoires ou organisée à l'initiative de l'employeur, du médecin du travail ou encore du professionnel.

Ces visites participent notamment de la prévention des risques et maladies professionnels pouvant être générés par l'activité professionnelle.

SANTÉ AU TRAVAIL : DROITS ET INTERLOCUTEURS DES PROFESSIONNELS DANS LA FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIÈRE

VISITES OBLIGATOIRES

TYPE DE VISITE	INITIATIVE	OBJET ET CALENDRIER
D'embauche <i>(Articles R4624-11 et R4626-22 à R4626-25 du Code du Travail)</i>	EMPLOYEUR	Elle intervient avant la fin de la période d'essai ou avant l'embauche (en cas de risque défini par la réglementation). Elle permet de vérifier que l'état de santé est compatible avec le poste et ses risques éventuels.
Périodique <i>(Article R 4626-26 du Code du travail modifié par le décret du 4 décembre 2015, et R 4624-18 pour la surveillance médicale renforcée)</i>	EMPLOYEUR	On distingue deux types de surveillance médicale en santé au travail : - La surveillance médicale simple , lorsque la personne qui travaille n'est pas exposée à certains risques: visite tous les 24 mois - La surveillance médicale renforcée lorsque l'agent est exposé à certains risques professionnels. Selon le décret 2012-135, bénéficient également d'une surveillance médicale renforcée: les femmes enceintes, les mères d'un enfant âgé de moins de deux ans, les jeunes travailleurs âgés de moins de dix-huit ans, les travailleurs handicapés, les agents réintégrés après un congé de longue durée ou de longue maladie, les agents ayant changé de type d'activité ou d'établissement pendant une période de dix-huit mois à compter de leur nouvelle affectation.
De reprise <i>(Article R 4626-29 du Code du travail)</i>	EMPLOYEUR	Cet examen intervient dans les 8 jours après la reprise dans les cas suivants : - après un congé de maternité, - après une absence pour cause de maladie professionnelle, - après une absence d'au moins 30 jours pour cause d'accident du travail, de maladie ou d'accident non professionnel, - après une absence d'une durée inférieure à 30 jours à l'initiative du médecin du travail.
Examens complémentaires <i>(Article R4626-23 du Code du Travail)</i>	MÉDECIN DU TRAVAIL	Le médecin du travail peut prescrire des examens complémentaires afin de : - déterminer l'aptitude de l'agent au poste de travail et notamment dépister des affections comportant une contre-indication à ce poste de travail, - dépister une maladie professionnelle ou susceptible d'être imputable au service - dépister des affections susceptibles d'exposer l'entourage de l'agent à des risques de contagion. À cet effet, le médecin du travail est informé de tout changement d'affectation et peut, à cette occasion, prendre l'initiative de procéder à un nouvel examen de l'agent.
Visite de pré-reprise <i>(Articles R. 4624-20 et 21 du Code du Travail)</i>	AGENT	Une visite de pré-reprise peut être organisée à la demande de l'agent en cas d'un arrêt du travail de plus de 3 mois. Le médecin du travail peut à cette occasion émettre des recommandations (transmises à l'employeur sauf opposition de l'agent) sur : - des aménagements et adaptations du poste de travail, - des préconisations de reclassement, - des formations professionnelles à organiser en vue de faciliter le reclassement du salarié ou sa réorientation professionnelle

À noter que les agents peuvent également solliciter ponctuellement le médecin du travail.

VISITES FACULTATIVES

En fonction de l'état de santé de l'agent et de la durée de son arrêt de travail, mais aussi des conclusions du médecin du travail, la saisine d'une instance médicale peut être nécessaire.

Dans la fonction publique hospitalière, plusieurs instances médicales sont chargées de donner des avis sur les questions médicales concernant les agents hospitaliers. Leurs champs de compétences respectifs sont distincts, de même que leurs modalités de fonctionnement.

LE COMITÉ MÉDICAL DÉPARTEMENTAL

Le comité médical, propre à chaque département, est compétent pour les trois fonctions publiques. C'est le décret du 14 mars 1986 qui définit ses modalités de fonctionnement et d'organisation. Il est chargé d'émettre des avis préalables à certaines décisions liées à la santé des agents. Il est compétent à l'égard de tous les agents de droit public (titulaires, stagiaires, non titulaires).

Composition

Les membres du comité médical départemental sont désignés par le préfet pour une durée de trois ans, sur la base de la liste des médecins agréés. Le comité médical est composé de :

- deux praticiens de médecine générale
 - un médecin spécialiste de l'affection pour laquelle est sollicité le comité médical)
 - un médecin inspecteur de la santé assurant le secrétariat.
- Au-delà, peuvent être entendus aux audiences du comité médical le médecin de prévention, l'expert, le médecin traitant du fonctionnaire et éventuellement un médecin choisi par l'administration.

Périmètre d'intervention

Le comité médical est obligatoirement consulté dans les cas suivants :

- la prolongation des congés de maladie au-delà de six mois consécutifs;
- l'octroi des Congés de longue maladie (CLM) et Congés de longue durée (CLD);
- le renouvellement de ces congés;
- la réintégration après douze mois consécutifs de congés de maladie ou à l'issue d'un CLM ou de CLD;
- l'aménagement des conditions de travail du fonctionnaire après un congé de maladie, de CLM ou de CLD;
- la mise en disponibilité d'office pour raison de santé, son renouvellement et l'aménagement des conditions de travail après la fin de la mise en disponibilité;

- le reclassement dans un autre emploi à la suite d'une modification de l'état physique du fonctionnaire;
- s'il y a contestation sur l'avis donné par le certificat médical d'aptitude en cas de demande de prolongation d'activité de deux ans et en cas d'inaptitude en cours de prolongation.

Modalités de saisine

Les modalités de saisine du comité médical suivent une procédure précise (cf. schéma récapitulatif en annexe) :

- l'agent transmet à son employeur sa demande écrite et les pièces médicales nécessaires (sous pli confidentiel);
- l'employeur transmet un dossier de saisine au secrétariat du comité médical, constitué des pièces suivantes :
 - un bref exposé des circonstances qui conduisent à la saisine;
 - une fiche récapitulative des divers congés pour raison de santé dont l'agent a déjà bénéficié, et éventuellement les droits à congés encore ouverts;
 - les questions précises sur lesquelles l'employeur souhaite obtenir un avis et les délais de réponse qui doivent être respectés pour éviter toute difficulté de gestion ;
 - en fonction des situations, certains documents complémentaires peuvent être apportés.
- le secrétariat du comité médical assure la gestion et le suivi du dossier :
 - convocation de l'agent chez un médecin expert et transmission du dossier médical au médecin expert;
 - information de l'agent de la date à laquelle son dossier sera examiné et des droits qui sont les siens durant la procédure (consultation du dossier, choix du médecin expert, voies de recours...);
 - information de l'employeur de la date à laquelle le dossier sera examiné;
 - information du médecin du travail.
- le médecin expert établit et transmet le rapport d'expertise au secrétariat du comité médical;
- le dossier est soumis au comité médical et son secrétariat établit un procès-verbal qu'il transmet à l'employeur;
- l'employeur transmet enfin à l'agent l'arrêté administratif détaillant la décision adoptée.

Portée des avis

Une fois le comité médical ayant rendu son avis, le procès-verbal est envoyé à l'employeur qui prend une décision sur le cas de l'agent. Le comité médical est une instance consultative. Aussi, ses avis ne lient pas l'employeur.

SANTÉ AU TRAVAIL : DROITS ET INTERLOCUTEURS DES PROFESSIONNELS DANS LA FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIÈRE

La décision de l'employeur peut être contestée par l'agent qui peut former un recours en annulation de la décision devant le tribunal administratif compétent.

Le comité médical supérieur peut être saisi en appel par l'autorité administrative, soit de son initiative, soit à la demande du fonctionnaire, de l'avis émis par le comité médical. Cet appel a un effet suspensif. Si à la suite de l'avis du comité médical supérieur, la décision de l'employeur est contestée par l'agent, ce dernier pourra saisir le tribunal administratif compétent. En pratique, la saisine du comité médical supérieur s'opère obligatoirement par l'intermédiaire du comité médical départemental. Les saisines directes d'employeurs ou d'agents sont donc difficiles.

LE COMITÉ MÉDICAL SUPÉRIEUR

Le comité médical supérieur siège au ministère de la Santé. C'est le décret du 14 mars 1986 qui définit ses modalités de fonctionnement et d'organisation.

Composition

Le comité médical supérieur se compose de deux sections: une section de cinq membres compétente pour les maladies mentales et une section de huit membres compétente pour les autres maladies (article 8 du décret du 14 mars 1986). Les médecins membres du comité médical supérieur se prononcent sur la base des pièces médicales présentes au dossier le jour où celui-ci est examiné: ni l'intéressé, ni son médecin traitant, ni l'administration ne peuvent assister aux séances du comité médical supérieur.

Modalités de saisine

La procédure à suivre pour formuler un recours auprès de cette instance est la suivante :

- l'employeur saisit à sa demande ou à celle de l'agent le comité médical supérieur, via une lettre dans laquelle est clairement précisé l'avis qui est contesté ;
- l'employeur saisit ensuite le comité médical en lui demandant de transmettre un dossier au comité médical supérieur comportant les éléments médicaux et administratifs nécessaires à un examen du dossier par les experts.

Périmètre d'intervention

Le comité médical supérieur exerce les missions suivantes :

- il se prononce en appel sur les cas qui lui sont soumis après avis

émis par le comité médical en premier ressort;

- il est obligatoirement saisi quand le congé de longue maladie demandé par un agent l'est au titre d'une affection qui n'apparaît pas à l'article 1^{er} de l'arrêté du 14 mars 1986);
- il est également saisi pour les demandes d'imputabilité au service des congés de longue durée pour les fonctionnaires de l'État et hospitaliers; il doit être consulté après l'avis de la commission de réforme.

Par ailleurs, il est sollicité pour avis, par le ministre chargé de la santé, de la mise à jour des listes des maladies ouvrant droit au congé de longue maladie. Également, il coordonne au plan national les avis des comités médicaux et la formulation de recommandations à caractère médical relatives à l'application du statut général. En revanche, le comité médical supérieur n'est pas compétent dans les recours formés contre les avis de la commission de réforme concernant les accidents de travail, maladies professionnelles et contestation de taux d'invalidité.

Portée des avis

La saisine du comité médical supérieur suspend la décision de l'employeur dans les cas suivants:

- lorsque le fonctionnaire conteste l'avis d'aptitude rendu en premier ressort par le comité médical avant d'être mis en demeure de reprendre par l'employeur;
- lorsque le fonctionnaire conteste l'avis défavorable à une mise en congé de longue maladie suite à congé de maladie ordinaire rendu en premier ressort par le comité médical;
- lorsque l'employeur conteste l'avis émis par le comité médical;
- lorsque, malgré l'avis favorable émis par le comité médical, l'employeur veut refuser la mise en congé de longue maladie ou de longue durée.

L'avis rendu par le comité médical supérieur est un simple avis qui ne lie pas l'employeur, c'est un acte préparatoire à la décision. Cet avis n'est pas susceptible de recours auprès du tribunal administratif.

LE COMMISSION DE RÉFORME DÉPARTEMENTALE (DÉCRET DU 14 MARS 1986)

La commission de réforme est une instance consultative médicale et paritaire. C'est le décret du 14 mars 1986 qui définit ses modalités de fonctionnement et d'organisation. Il existe une commission de réforme dans chaque département, compétente à l'égard des fonctionnaires exerçant leurs fonctions dans les départements considérés, à l'exception des chefs de service déconcentrés.

Composition

Le commission de réforme se compose :

- des membres du comité médical ;
- du chef de service dont dépend l'intéressé ou son représentant ;
- du directeur départemental ou, le cas échéant, régional des finances publiques ou son représentant ;
- de deux représentants du personnel appartenant au même grade ou, à défaut, au même corps que l'intéressé, élus par les représentants du personnel, titulaires et suppléants, de la commission administrative paritaire locale dont relève le fonctionnaire ; toutefois, s'il n'existe pas de commission locale ou si celle-ci n'est pas départementale, les deux représentants du personnel sont désignés par les représentants élus de la commission administrative paritaire centrale, dans le premier cas et, dans le second cas, de la commission administrative paritaire interdépartementale dont relève le fonctionnaire. L'agent peut être entendu aux audiences de la commission de réforme sur convocation de celle-ci. Il peut être accompagné de la personne de son choix ou demander à ce que soit entendue la personne de son choix.

Modalités de saisine

Le secrétariat de la commission de réforme est le même que celui du comité médical. Les modalités de saisine relatives à la procédure devant les comités médicaux sont également valables pour les commissions de réforme.

Périmètre d'intervention

La commission de réforme est notamment consultée sur :

- la mise à la retraite pour invalidité (lorsqu'un agent devient inapte en cours de prolongation d'activité, la commission de réforme se prononce sur la mise à la retraite pour invalidité et le comité médical uniquement lorsque l'agent ou l'employeur contestent le certificat médical déclarant l'agent apte ou inapte à cette prolongation d'activité) ;
- l'imputabilité au service de la maladie ou de l'accident lorsque l'employeur n'a pas reconnu cette imputabilité et l'octroi du temps partiel thérapeutique après un congé pour accident de service ou pour une maladie contractée en service (*articles 41 et 41-1 de la loi n°86-33*) ;
- l'appréciation de l'invalidité temporaire (*décret n°60-58 du 11 janvier 1960*) ;
- l'attribution de l'allocation temporaire d'invalidité après un accident de service entraînant une incapacité d'au moins 10% ou d'une maladie professionnelle d'au moins 1% (*article 80 de la loi du 9 janvier 1986*) ;

- en outre, la commission de réforme est consultée chaque fois que des dispositions législatives et réglementaires le prévoient expressément, notamment dans les cas suivants :
 - mise en disponibilité d'office pour raison de santé (si suite à CLD pour pathologie imputable aux fonctions,
 - demande du fonctionnaire sollicitant un congé en application de l'article 41 de la loi du 19 mars 1928.

Portée des avis

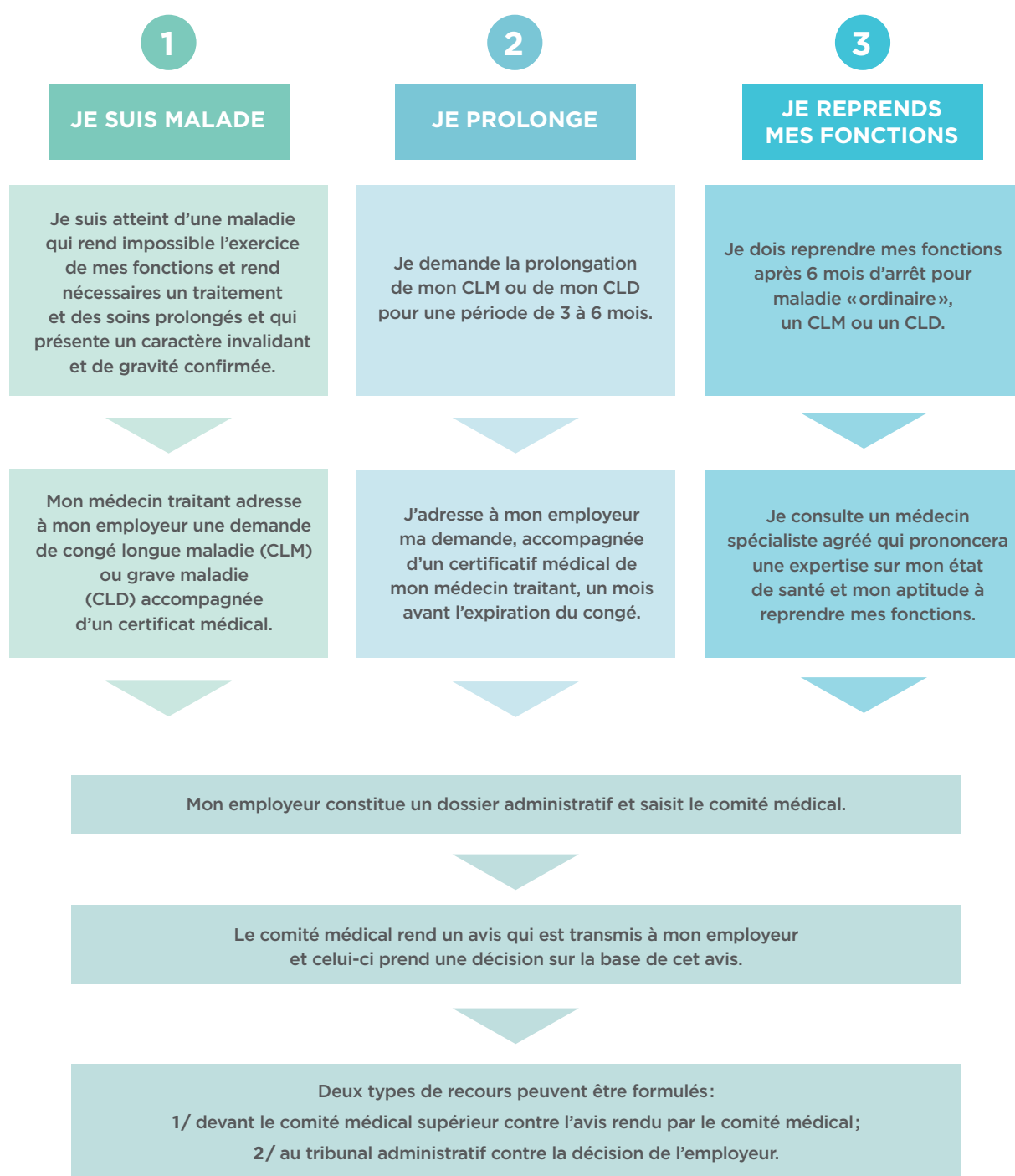
L'avis de la commission de réforme ne lie pas l'employeur, c'est un acte préparatoire à la décision. Cet avis n'est pas susceptible de recours auprès du tribunal administratif. En revanche, la décision adoptée par l'employeur peut l'être.

SOURCES JURIDIQUES :

- Décret 86-442 du 14 mars 1986 relatif à l'organisation des comités médicaux et des commissions de réforme, aux conditions d'aptitude physique pour l'admission aux emplois publics et au régime de congés de maladie des fonctionnaires
- Décret 88-386 du 19 avril 1988 relatif aux conditions d'aptitude physique et aux congés de maladie des agents de la fonction publique hospitalière
- Circulaire DGS/CMS n° 99-625 du 15 novembre 1999 relative à la constitution des dossiers médicaux destinés au comité médical supérieur
- Lettre circulaire du 2 mars 2004 relative au respect du secret médical dans le cadre de l'activité des comités médicaux
- Arrêté du 4 août 2004 relatif aux commissions de réforme des agents de la fonction publique territoriale et de la fonction publique hospitalière
- Décret 2005-442 du 2 mai 2005 relatif à l'attribution de l'allocation temporaire d'invalidité aux fonctionnaires relevant de la fonction publique territoriale et de la fonction publique hospitalière
- Décret 2008-1191 du 17 novembre 2008 relatif aux commissions de réforme et au comité médical supérieur dans la fonction publique de l'État, dans la fonction publique territoriale et dans la fonction publique hospitalière
- Lettre-circulaire du 22 janvier 2009 relative à l'application du décret n° 2008-1191 du 17 novembre 2008 relatif aux commissions de réforme et au comité médical supérieur dans la fonction publique de l'État, dans la fonction publique territoriale et dans la fonction publique hospitalière.
- Circulaire DHOS/RH3/2009/52 du 17 février 2009 relative au décret 2008-1191 du 17 novembre 2008 relatif aux commissions de réforme et au comité médical supérieur

JE DOIS PASSER DEVANT LE COMITÉ MÉDICAL : POURQUOI ? COMMENT ?

LES PRINCIPAUX CAS DE FIGURE



JE DOIS PASSER DEVANT LA COMMISSION DE RÉFORME : POURQUOI ? COMMENT ?

LE PRINCIPAL CAS DE FIGURE

J'ai un accident du travail ou je présente une maladie que je pense
en lien avec mon activité professionnelle.

Une enquête administrative est conduite pour déterminer les liens
entre mon activité et mon accident ou ma maladie.

Une expertise médicale peut éventuellement être demandée pour compléter l'enquête.

Mon employeur constitue un dossier administratif et saisit la commission de réforme
s'il ne reconnaît pas l'imputabilité au service.

La commission de réforme rend un avis qui est transmis à mon employeur
et celui-ci prend une décision sur la base de cet avis.

Un recours peut être porté devant le tribunal administratif contre la décision de l'employeur.

SANTÉ AU TRAVAIL: LES DROITS À CONGÉS DE MALADIE DES AGENTS DE LA FPH

Rappel sur les droits à congés de maladie des agents de la FPH

Chaque type de congés de maladie (congé de maladie ordinaire, congé longue maladie, congé longue durée) se caractérise par des modalités d'accès, de durée, de traitement et de reprise spécifiques :

	CONGÉS POUR RAISON DE SANTÉ NON IMPUTABLES AUX FONCTIONS		
	Congés maladie ordinaire (CMO)	Congé longue maladie (CLM)	Congé longue durée (CLD)
Durée totale (en cumulée)	1 an	3 ans	5 ans
Droit à traitement	3 mois plein traitement + 9 mois demi-traitement (complété pendant 5 mois par le CGOS)	1 an plein traitement + 2 ans demi-traitement	3 ans plein traitement + 2 ans demi-traitement
Primes	Abattement 1/140 ^e de la prime de service par journée d'absence		
	Totalité du Supplément familial de traitement (SFT) et indemnité de résidence conservées		
	Indemnités de sujétions spéciales (ISS) conservées dans les mêmes proportions que le traitement.		
	NBI conservée dans les mêmes proportions que le traitement	Totalité de la NBI conservée pendant 1 an puis la moitié pendant 2 ans, si l'agent n'a pas été remplacé dans ses fonctions	NBI suspendue
Suites à donner à l'issue du congé	Visite de reprise (éventuelle proposition d'aménagement de poste)		
	Agent apte: reprise éventuellement sur un poste de reclassement, temps partiel thérapeutique		
	Agent inapte: éventuel placement en CLM/CLD	Agent inapte avant la fin du CLM/CLD: le congé continue de courir	
	Agent inapte à ses fonctions à l'issue du CMO, CLM ou CLD: - reclassement - mise en disponibilité d'office si conditions remplies et si reclassement impossible - retraite pour invalidité ou licenciement si pas droit à pension.		
Maintien éventuel de salaire	Le demi-traitement est maintenu pendant l'attente des différents avis		



SANTÉ AU TRAVAIL : LES DROITS À CONGÉS DE MALADIE DES AGENTS DE LA FPB

	CONGÉS POUR RAISON DE SANTÉ IMPUTABLES AUX FONCTIONS		
	Congés Maladie Ordinaire (CMO)	Congé Longue Maladie (CLM)	Congé Longue Durée (CLD)
Durée totale (en cumulée)	1 an	3 ans	8 ans
Droit à traitement	3 mois plein traitement + 9 mois demi-traitement	3 an plein traitement	5 ans plein traitement + 3 ans demi-traitement
Primes	Pas d'abattement 1/140 ^e de la prime de service par journée d'absence mais si l'agent est absent une année entière, la prime de service ne peut pas lui être versée		
	Totalité du Supplément familial de traitement (SFT) et indemnité de résidence conservées		
	Indemnités de sujétions spéciales (ISS) conservées dans les mêmes proportions que le traitement.		
	NBI conservée dans les mêmes proportions que le traitement	Totalité de la NBI conservée pendant 1 an puis la moitié pendant 2 ans, si l'agent n'a pas été remplacé dans ses fonctions	NBI suspendue
Suites à donner à l'issue du congé	Visite de reprise (éventuelle proposition d'aménagement de poste)		
	Agent apte: reprise éventuellement sur un poste de reclassement, temps partiel thérapeutique		
	Agent inapte à ses fonctions à l'issue du CMO, CLM ou CLD : - reclassement - si reclassement impossible: CMO > retraite pour invalidité CLD > disponibilité ou/et retraite pour invalidité		
Maintien éventuel de salaire	Au-delà du délai de 1 an, le traitement est maintenu jusqu'à ce que l'agent soit apte au service ou jusqu'à sa mise à la retraite	Au-delà du délai de 3 ans, le traitement est maintenu jusqu'à ce que l'agent soit apte au service ou jusqu'à sa mise à la retraite	Au-delà des 8 ans, le demi-traitement est maintenu dans l'attente des différents avis pour le placement en disponibilité ou en retraite pour invalidité.

En fonction de la nature de l'arrêt maladie de l'agent, les modalités de rémunération vont varier :

		Plein traitement par l'employeur	Demi-traitement par l'employeur	CGOS	MNH
CMO	3 mois	•			
	9 mois		•	Pendant 5 mois	Pendant les 4 mois suivants
CLM	Année 1	•			
	Année 2		•	Pendant 5 mois	Pendant les 7 mois suivants
	Année 3		•	Pendant 5 mois	Pendant les 7 mois suivants
CLD	Année 1	•			
	Année 2	•			
	Année 3	•			
	Année 4		•	Pendant 5 mois	Pendant les 7 mois suivants
	Année 5		•	Pendant 5 mois	Pendant les 7 mois suivants

SANTÉ AU TRAVAIL : LA REPRISE AU TRAVAIL APRÈS UN ARRÊT POUR RAISON DE SANTÉ

Un arrêt de travail de longue durée implique un éloignement de l'emploi, et peut se traduire par une désinsertion professionnelle voire une désocialisation de la personne. Cette situation peut entraîner une perte d'estime personnelle, l'angoisse de ne pas être capable de reprendre le travail ou de ne pas pouvoir faire face aux changements qui seraient intervenus pendant la période de l'arrêt (changements dans l'équipe ou la hiérarchie, évolution de l'organisation du travail, nouveaux équipements, etc.).

Il apparaît donc nécessaire de maintenir un lien entre l'employeur et l'agent pendant son arrêt et d'anticiper et préparer sa reprise du travail afin que celle-ci se passe dans les meilleures conditions. Sans préparation spécifique, le risque d'échec est important. Des outils et bonnes pratiques peuvent être mobilisés pour agir contre les risques de désinsertion professionnelle des personnels en arrêt.

Pour maintenir le lien entre l'employeur et le professionnel pendant l'arrêt de travail, l'envoi de courriers personnalisés (information, mise à disposition des interlocuteurs, proposition d'entretien ou de visite de pré-reprise, etc.) mais aussi la réalisation d'entretiens et/ou appels pour clarifier la situation de l'agent contribuent à prévenir le phénomène de désinsertion professionnelle. Pour éviter tout sentiment d'intrusion, ces appels peuvent être réalisés par une personne neutre hors hiérarchie. **Pour structurer la reprise du travail**, des rencontres avec le médecin du travail peuvent être organisées pendant l'absence (visites à la demande de l'agent) et en prévision de la reprise (visite de pré-reprise). Les conclusions du médecin du travail peuvent ainsi permettre d'orienter les conditions de reprise de la personne en cas de besoin d'aménagement de poste ou de repositionnement. Le délai peut également être mis à profit pour acquérir du matériel nécessaire à un éventuel aménagement de poste. Enfin, pour renforcer la lisibilité des étapes de la reprise vis-à-vis de l'agent, un protocole de retour à l'emploi peut faire l'objet d'une formalisation au sein de l'établissement, notamment en partenariat avec le CHSCT.

Pour assurer une reprise progressive du travail, la possibilité d'augmenter progressivement le temps de travail dans le cadre des reprises à temps partiel thérapeutiques peut être mobilisée avec le concours du médecin du travail et du comité médical (question à prévoir au moment de la soumission du dossier). **Pour mettre à profit la période d'arrêt maladie pour engager voire mettre en œuvre un projet de reconversion professionnelle**, des rencontres régulières avec le service RH peuvent être prévues. Il s'agira d'identifier les possibilités de repositionnement en interne, d'explorer les souhaits et possibilités de l'agent, d'identifier les opportunités en matière de formation, etc. La Prestation spécifique d'orientation professionnelle (PSOP), bilan de compétences destiné aux personnes rencontrant des problématiques de santé ou de handicap et permettant d'envisager une reconversion, est un dispositif mobilisable à cette étape du parcours de l'agent.



POINT DE VIGILANCE

DANS LA FONCTION PUBLIQUE, IL N'EST PAS À CE JOUR POSSIBLE DE PROPOSER UNE FORMATION À UN AGENT EN ARRÊT DE TRAVAIL. EN EFFET, UNE POSITION D'ACTIVITÉ (ET DONC UNE REPRISE ACTÉE PAR LE MÉDECIN DU TRAVAIL OU LE COMITÉ MÉDICAL/LA COMMISSION DE RÉFORME) EST REQUISE POUR AUTORISER TOUT DÉPART EN FORMATION.

Il convient toutefois de préciser que la plupart de ces dispositifs sont soumis à l'acceptation par le professionnel. Ainsi, si l'employeur est tout à fait en droit de proposer son aide, dans la mesure du raisonnable, l'agent n'est pas tenu de répondre positivement à une proposition de rendez-vous médical ou RH.

LA RECONNAISSANCE DE LA QUALITÉ DE TRAVAILLEUR HANDICAPÉ (RQTH)

Qu'est-ce que la Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé ?

Article L. 5213-1 du Code du travail : « Est considérée 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. »

Elle est délivrée par la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) de la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH), après avis de l'équipe pluridisciplinaire chargée d'instruire le dossier de demande.



NE PARLEZ PLUS DE LA COTOREP :
CELLE-CI A ÉTÉ REMPLACÉE PAR
LA CDAPH ET N'EXISTE DONC PLUS !

L'appréciation de la qualité de travailleur handicapé est fondée sur :

- l'existence d'une altération d'une ou plusieurs fonctions physique, sensorielle, mentale ou psychique,

- les répercussions éventuelles de cette altération sur les capacités de la personne à obtenir un emploi ou à conserver son emploi.

Cette appréciation prendra en considération, non seulement les données médicales, mais également les possibilités d'emploi de la personne handicapée, si celle-ci est un demandeur d'emploi, et la nature du poste de travail, s'il s'agit d'un salarié/agent.

Elle est délivrée pour une durée limitée, comprise entre un et cinq ans.

Quelle est la procédure d'attribution de la RQTH ?

FORMULATION DE LA DEMANDE

- À partir du formulaire CERFA n°13788*01
- En joignant un certificat médical du médecin traitant et du médecin du travail

DÉPÔT DE LA DEMANDE

Auprès de la MDPH de son lieu de résidence

INSTRUCTION DE LA DEMANDE

Instruction et évaluation par l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH

RÉPONSE À LA DEMANDE

- Décision prise par la CDAPH
- Dans un délai légal de quatre mois (souvent dépassé)
- Notification par courrier



NOTA BENE

L'orientation vers un établissement ou service d'aide par le travail ou vers un centre de rééducation professionnelle vaut reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé.

L'ouverture de droits à la PCH, à l'ACTP ou à l'AAEH à l'égard des jeunes de plus de 16 ans qui disposent d'une convention de stage vaut également reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (valable uniquement pendant la durée du stage).

LA RECONNAISSANCE DE LA QUALITÉ DE TRAVAILLEUR HANDICAPÉ (RQTH)



RQTH ET OBLIGATION D'EMPLOI

Disposer d'une RQTH signifie appartenir à la catégorie des Bénéficiaires de l'obligation d'emploi (BOE).

Depuis la loi du 11 février 2005 pour l'obligation des droits, des chances, la citoyenneté et la participation des personnes handicapées, chaque employeur public et privé de plus de 20 salariés doit remplir une obligation d'emploi de 6% de travailleurs handicapés.

I Quels bénéfices sont liés à la RQTH ?

Être titulaire d'une RQTH permet de bénéficier de certaines mesures favorisant l'emploi.

- En matière de recrutement:
 - bénéficier du réseau de placement spécialisé Cap emploi;
 - accéder à la fonction publique par concours, aménagé ou non, ou par recrutement contractuel spécifique;
 - avoir accès de manière prioritaire aux dispositifs de droit commun de la politique de l'emploi, notamment les contrats aidés (dont les contrats d'apprentissage, contrat d'accompagnement dans l'emploi (CUI-CAE), contrat d'avenir).



NOTA BENE

LA RQTH AUTORISE DES DÉROGATIONS AUX CRITÈRES D'ÂGE PROPRES À CHAQUE DISPOSITIF : MOINS DE 30 ANS AU LIEU DE 25 POUR LE CONTRAT D'AVENIR, AUCUNE LIMITE D'ÂGE POUR LE CONTRAT D'APPRENTISSAGE

• En matière d'aménagement des situations de travail:

- accéder aux financements du FIPHFP pour bénéficier d'une étude ergonomique, d'un aménagement de son poste de travail adapté à son handicap, se voir financer des matériels ou interventions spécifiques (comme les prothèses auditives ou un interprète en langue des signes) ou encore une aide à la mobilité (transport domicile-travail);
- bénéficier d'un aménagement horaire (temps partiel de droit);
- avoir accès à la surveillance médicale renforcée du médecin du travail;
- bénéficier de l'expertise du Service d'appui au maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés (SAMETH) et des Prestations ponctuelles spécifiques (PPS). Les PPS reposent sur la mise en œuvre d'expertises ou de techniques de compensation, imposées par le handicap dans des situations pré-identifiées (projet de formation, cadre de travail, définition du projet professionnel...). Les prestations sont assurées par des prestataires spécialisés par type de handicap.

• En matière de reconversion professionnelle:

- accéder aux financements du FIPHFP pour réaliser un bilan de compétences ou poursuivre une formation de reconversion.

• En matière de sortie de l'emploi:

- bénéficier d'une retraite anticipée sous certaines conditions.



2,51 MILLIONS DE PERSONNES
DISPOSENT D'UNE RQTH

81% DES BOE DISPOSANT
D'UNE RQTH OCCUPENT
UN EMPLOI ORDINAIRE

COURRIER À ADRESSER PAR LE MÉDECIN DU TRAVAIL

Nom de l'employeur

Adresse

Lieu, date.

Objet: Information sur la Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH)

Madame/Monsieur

CONTEXTE

Au regard de votre situation de santé, je souhaite vous informer des possibilités d'accéder à une Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH).

BÉNÉFICES DE LA RQTH

En faisant reconnaître votre handicap, vous garantissez l'adaptation de vos conditions de travail à votre situation de santé.

Être en possession d'une RQTH vous permet notamment de bénéficier des aides du Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique (FIPHFP)/de l'OETH/de l'Agefiph.

À titre d'exemple, cet organisme pourra intervenir pour financer des actions en faveur de la compensation de votre handicap : étude ou aménagement de poste, prothèse auditive, formation en cas de reconversion professionnelle, etc.

PROCÉDURE D'ATTRIBUTION

Pour constituer votre dossier de demande, je vous invite à me rencontrer dans le cadre d'une visite médicale. Il vous faudra ensuite fournir un certificat médical de votre médecin traitant et compléter un formulaire administratif.

Le dossier complet sera à déposer auprès de la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH) de votre département de résidence.

PROCHAINES ÉTAPES

Une fois les démarches effectuées, vous pourrez choisir de communiquer ou non cette information auprès de l'administration. Il s'agit en tout état de cause d'une information confidentielle.

Je me tiens à votre disposition pour toute question.

Veillez agréer...

COURRIER À ADRESSER PAR L'EMPLOYEUR

Nom de l'employeur

Adresse

Lieu, date

**Objet: Renouvellement de votre Reconnaissance de la qualité de travailleur
handicapé (RQTH)**

Madame/Monsieur

CONTEXTE

Vous nous aviez fait parvenir, le, un justificatif attestant de votre Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) et nous vous en remercions. Délivrée pour une durée de ans, votre RQTH arrivera à échéance le.....

**PROCÉDURE
D'ATTRIBUTION**

Pour la renouveler, il est nécessaire que vous preniez contact avec la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH) de votre département de résidence.

Il vous sera demandé de compléter un dossier de renouvellement, plus simple que le dossier de demande initiale, et de fournir un certificat médical récent (le dossier sera similaire à celui constitué pour votre première demande, mais vous aurez à cocher une case spécifique qui permettra de réduire sa durée de traitement). Le personnel de la MDPH, le médecin du travail et le service des ressources humaines de l'établissement se tiennent à votre disposition si vous aviez besoin d'aide pour compléter votre dossier.

La durée de traitement d'un dossier est généralement de mois, c'est pourquoi nous vous recommandons d'anticiper ce renouvellement.

**BÉNÉFICES
ATTENDUS**

Être en possession d'une RQTH valide vous permet de bénéficier des aides du Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique (FIPHFP)/de l'OETH/de l'Agefiph.

À titre d'exemple, cet organisme pourra intervenir pour financer des actions en faveur de la compensation de votre handicap : étude ou aménagement de poste, prothèse auditive, formation en cas de reconversion professionnelle, etc.

**PROCHAINES
ÉTAPES**

Nous vous remercions par avance de bien vouloir transmettre au service des ressources humaines une copie de votre RQTH au terme de la procédure de renouvellement.

Veillez agréer...

LES AIDES DU FIPHFP

■ Présentation du FIPHFP

Le Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique (FIPHFP) a été créé par la loi du 11 février 2005 « pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées ».

Il s'agit de l'établissement public chargé de recueillir les contributions versées par les employeurs qui présentent un taux d'emploi de travailleurs handicapés inférieur à 6%. Les financements récoltés sont ensuite redistribués sous forme d'aides aux employeurs publics souhaitant mettre en œuvre des actions en faveur de l'insertion et du maintien dans l'emploi des personnes en situation de handicap.

Trois modalités de reversement sont prévues :

- la sollicitation de la plateforme « e-services », au sein de laquelle il est possible d'obtenir des remboursements dossier par dossier. Les employeurs publics doivent ainsi avancer les fonds, et obtiennent un remboursement dans un second temps.

- la convention : il s'agit d'un partenariat conclu entre l'employeur et le Fonds sur trois années, permettant à l'employeur de bénéficier d'un budget annuel dédié à l'insertion et au maintien dans l'emploi des personnes en situation de handicap. Il ne s'agit plus de demandes de remboursement, les dépenses étant issues des financements prévus par la convention.

- le Programme accessibilité : il s'agit d'un programme mis en place par le FIPHFP dont l'objectif est d'appuyer les employeurs publics dans leur projet de mise en accessibilité de leurs locaux.

QUELLES MODALITÉS?

E-PLATFORME

- Gestion des demandes d'aide au cas par cas
- Avance des fonds puis remboursement
- Adapté à peu de demandes

CONVENTION

- Structuration d'un dispositif handicap
- Incitation au recrutement
- Obtention d'une enveloppe financière dédiée
- Adaptée aux employeurs

PROGRAMME ACCESSIBILITÉ

- Financements relatifs à la mise en accessibilité des locaux professionnels
- Obtention dans le cadre d'une procédure dédiée



L'ensemble des aides proposées par le FIPHFP sont détaillées au sein du catalogue des aides, disponible en libre téléchargement sur le site du Fonds.

Le catalogue présente l'ensemble des aides prévues, les plafonds, mais également le public éligible et les pièces justificatives qu'il est nécessaire de produire pour chaque aide.

LES AIDES DU FIPHFP

■ Présentation des aides du FIPHFP

L'architecture actuelle du catalogue propose une présentation des aides par ordre alphabétique. Les aides du catalogue peuvent néanmoins être organisées en plusieurs grandes catégories :

- les adaptations, aménagements et études de poste;
- les aides destinées à améliorer les conditions de travail de l'agent;
- les aides dédiées aux personnes atteintes d'un handicap psychique, mental ou cognitif;
- les aides en faveur du recrutement de travailleurs handicapés;
- les actions de sensibilisation et de formation des acteurs;
- les dépenses d'étude.



POINT DE VIGILANCE

UNE NOUVELLE VERSION DU CATALOGUE DES AIDES EST PRÉVUE POUR 2017.

IL EST POSSIBLE QUE LES AIDES ET MONTANTS INDICÉS CI-DESSOUS SOIENT IMPACTÉS PAR CETTE NOUVELLE VERSION. PAR AILLEURS, DES MODIFICATIONS SONT RÉGULIÈREMENT APPORTÉES. EN CAS DE MOBILISATION D'UNE AIDE DU CATALOGUE, PRENEZ SOIN DE VOUS RAPPORTER À LA DERNIÈRE VERSION EN VIGUEUR.

LES ADAPTATIONS, AMÉNAGEMENTS ET ÉTUDES DE POSTE

TYPE D'AIDE	MONTANT MAXIMUM (TTC)	EXEMPLES/COMMENTAIRES
Aménagements et adaptations des postes de travail	Plafond de 10 000 € par an et par agent	Fauteuils ergonomiques, sièges assis-debout, mobilier, outils bureautiques, matériel d'aide à la manutention, luminaires, chariots, ... Attention: le FIPHFP ne prend en charge que la part relative à la compensation du handicap (le « surcoût » lié à la compensation du handicap). Le FIPHFP intervient également pour la réparation des matériels acquis (30% de la valeur d'acquisition).
Étude ergonomique de poste	Plafond de 5 000 € par un prestataire extérieur Forfait de 1 300 € si l'étude est réalisée en interne	
Aménagement ou adaptation du véhicule personnel ou professionnel	Plafond de 10 000 € par an et par agent	Seul le reste à charge peut être financé après remboursement par la sécurité sociale, les mutuelles et éventuellement la MDPH. Le véhicule doit être utilisé à des fins professionnelles et dans le cadre des déplacements domicile-travail.
Télétravail pendulaire	Acquisition de matériels (10 000 €), étude de poste (5 000 €) et coûts d'abonnement et de maintenance (2 500 €)	Acquisition d'un logiciel permettant de travailler à distance, prise en charge de l'abonnement internet, etc.
Travaux d'accessibilité aux locaux professionnels en relation avec l'aménagement du poste de travail	Plafond de 15 000 € par an et par agent	Mise en accessibilité des locaux de l'agent. Il existe des conventions « accessibilité » pour la mise en accessibilité des locaux professionnels en général.
Abris pour place de stationnement	Plafond de 3 000 € par abri	

LES AIDES DESTINÉES À AMÉLIORER LES CONDITIONS DE TRAVAIL DES AGENTS

TYPE D'AIDE	MONTANT MAXIMUM (TTC)	EXEMPLES/COMMENTAIRES
Interprète en langue des signes, interface de communication	Plafond de 55 € par heure	Le FIPHFP ne prend pas en charge les frais de déplacement et de restauration des intervenants. Par ailleurs les prix pratiqués sont généralement supérieurs à 55€/heure occasionnant un reste à charge.
Codeur ou transcripteur	Plafond de 24 € par heure	Un codeur est un spécialiste du LPC (langage parlé complété).
Les prothèses et les orthèses	Plafond de 10 000 € par an et par agent	Seul le reste à charge peut être financé après remboursement par la sécurité sociale, les mutuelles et éventuellement la MDPH. Existence d'une liste énumérative des prothèses auditives prises en charge.
Rémunération de la fonction de tutorat	Le montant maximum varie en fonction de plusieurs critères : prestataire externe ou emploi direct, nature du contrat, niveau de formation.	
Transport domicile/travail	Plafond de 30 800 € par an et par agent soit 140 € par jour	Sous réserve de pouvoir expliquer pourquoi l'agent ne peut pas prendre les transports en commun ou bénéficier d'un accompagnement par un proche.
Transport dans le cadre des activités professionnelles	Plafond de 10 000 € par an et par agent	Seul le reste à charge peut être financé après remboursement par la sécurité sociale, les mutuelles et éventuellement la MDPH. Une demande dépassant ce seuil peut être étudiée en commission d'aides.
Les fauteuils roulants	Plafond de 10 000 € par an et par agent	Le FIPHFP finance les dépenses de transports adaptés occasionnées par les déplacements des travailleurs handicapés dans le cadre de leurs activités professionnelles.
Auxiliaire de vie (pour les activités professionnelles et/ou pour les actes de la vie quotidienne)	<p>- Activités professionnelles: Dans la limite de 7 heures par jours. La participation du FIPHFP est limitée aux 2/3 de la dépense (hors frais annexes)</p> <p>- Vie quotidienne: L'accompagnement de la personne handicapée doit faire l'objet d'une prescription médicale de la part du médecin du travail ou de prévention Dans la limite de 5 heures par jour, la prescription médicale doit préciser le nombre d'heures et la durée de l'accompagnement</p>	
Aides sociales: CESU, chèques vacances, aide au déménagement	<p>Plafond de 330 € par agent (CESU et chèques vacances confondus)</p> <p>Plafond de 765 € par agent (aide au déménagement)</p>	<p>CESU et chèques vacances: l'aide du FIPHFP est limitée à 30 % du surcoût pris en charge par l'employeur pour les agents éligibles.</p> <p>Aide au déménagement: Cette aide s'adresse aux personnes qui sont dans l'obligation de déménager afin d'évoluer dans leur emploi ou de le conserver. Elle concerne également les personnes, précédemment sans emploi qui sont dans l'obligation de déménager à l'occasion d'une embauche. Elle n'a pas vocation à compenser un éloignement géographique ou la desserte estimée insuffisante du lieu de travail par les transports en commun.</p>
Événements liés à l'activité professionnelle	<p>Plafond de 350 € maximum par agent (coût horaire)</p> <p>Plafond de 1600 € maximum par agent (coût de la journée)</p>	Tous les événements liés à l'activité professionnelle: manifestations, formations, concours, réunions d'information, activités dans le cadre d'une décharge syndicale.



LES AIDES DU FIPHFP

LES AIDES DÉDIÉES AUX PERSONNES ATTEINTES D'UN HANDICAP PSYCHIQUE, MENTAL OU COGNITIF

TYPE D'AIDE	MONTANT MAXIMUM (TTC)	EXEMPLES/COMMENTAIRES
Évaluation des capacités professionnelles de la personne compte tenu de la nature de son handicap	Plafond de 10 000 € par an et par agent	Cette étape vise à permettre à la personne de s'approprier ses possibilités selon une triple approche : médicale, professionnelle et sociale et à transformer le handicap en capacité. Elle repose sur un travail associant nécessairement, et a minima, le médecin traitant, le médecin du travail, les RH et des experts, en tant que de besoin, et peut nécessiter une évaluation « en situation professionnelle » dans des centres spécialisés pendant plusieurs jours, voire plusieurs semaines.
Soutien médico-psychologique	Plafond de 3 000 € par an et par agent	La prestation est assurée par un service ou un acteur (le médecin traitant ou un psychologue) externe à l'employeur, pouvant être mobilisé à raison de 4 séances par mois.
Accompagnement sur le lieu de travail assuré par un service spécialisé externe à l'employeur (association ou prestataire spécialisés)	Plafond de 31 000 € par an et par agent	Dans la limite de 25h par semaine : la durée hebdomadaire de cet accompagnement est fixée conjointement par le médecin traitant, le médecin du travail et le responsable RH pour un période d'un an. Elle fait l'objet d'une réévaluation tous les 3 mois.
Tutorat	Indemnité compensatrice de 1 500 € TTC (forfait) par an et par agent	Il est assuré par une personne ressource interne à l'employeur, dont la mission consiste à être l'interlocuteur privilégié de la personne en situation de handicap (gestion du quotidien de travail et des éventuelles difficultés). Ce tuteur doit consacrer au moins 5h par semaine de son temps de travail à cette fonction par an (à renouveler).

LES DÉPENSES D'ÉTUDE

TYPE D'AIDE	MONTANT MAXIMUM (TTC)	EXEMPLES/COMMENTAIRES
Études liées à la mise en œuvre d'un projet		<p>4 types de prestation sont proposés :</p> <ul style="list-style-type: none"> - diagnostic - appui à la définition du projet - accompagnement à la mise en œuvre du projet - évaluation du projet <p>Pour les deux types d'aide, le plafond des financements proposés par le FIPHFP est fonction de la taille de l'employeur ainsi que de son caractère mono-site ou multi-sites.</p> <p>Dans certains cas, il est également possible d'obtenir un remboursement du temps de travail consacré en interne pour la réalisation de ces prestations. Les modalités de calcul sont détaillées dans le catalogue des aides.</p>
Études liées à la définition d'une stratégie de formation		
Financement de l'abonnement à une plateforme de sollicitation du milieu protégé		<p>Plafond de 1 000 € si l'employeur dispose d'un ETR inférieur à 1 000 agents</p> <p>Plafond de 3 000 € si l'employeur dispose d'un ETR entre 1 000 et 5 000 agents</p> <p>Plafond de 5 000 € si l'employeur dispose d'un ETR supérieur à 5 000 agents</p>

LES ACTIONS DE SENSIBILISATION ET DE FORMATION DES ACTEURS

TYPE D'AIDE	MONTANT MAXIMUM (TTC)	EXEMPLES/COMMENTAIRES
Formations aux aides techniques	Plafond de 385 € par jour durant 10 jours	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> FINANCÉE PAR L'ANFH DANS LE CADRE DE SON PARTENARIAT AVEC LE FIPHP </div> <p>Les frais de déplacement, restauration, hébergement des auxiliaires de vie sont pris en charge. Les surcoûts le sont également. Les coûts pédagogiques des formations suivies dans le cadre du DIF ne sont pas pris en charge</p>
Formation spécifique destinée à compenser le handicap, et à favoriser l'intégration, le maintien dans l'emploi ou la reconversion professionnelle	Plafond de 10 000 € par an	
Formation individuelle professionnelle qualifiante et diplômante	Plafond de 10 000 € sur 36 mois par cycle de formation	
Rémunération de l'agent pendant le temps de formation liée à un reclassement, ou à une reconversion professionnelle	<ul style="list-style-type: none"> - Dans la limite de 50 % de la rémunération globale (salaire brut + charges patronales) pour les formations d'une durée inférieure ou égale à 18 mois - Dans la limite de 80 % de la rémunération globale (salaire brut + charges patronales) pour les formations d'une durée supérieure à 18 mois (pendant la durée totale de la formation) 	
Bilans de compétences	Plafond de 3 000 € par an et par agent	
Supports de communication développés ou utilisés dans le cadre des actions favorisant l'insertion et le maintien dans l'emploi des personnes handicapées	Plafond de 25 € par agent et par an concernant les supports écrits et audiovisuels.	
Formation et information des personnels susceptibles d'être en relation avec les travailleurs handicapés	<p>10 jours par an et 150 € par jour de formation par tuteur formé</p> <p>36 mois par cycle de formation et 10 000 € par agent ou salarié par an</p> <p>3 jours et 115 € par personne pour les actions de formation collective</p> <p>1 jour et 148 € par personne pour les actions d'information et de sensibilisation collectives</p>	<ul style="list-style-type: none"> - La formation à la fonction de tuteur - La formation individuelle qualifiante ou diplômante spécifique au handicap - La formation, l'information et la sensibilisation collectives des personnels susceptibles d'être en relation avec les travailleurs handicapés.



LES AIDES DU FIPHFP

LES AIDES EN FAVEUR DU RECRUTEMENT DE TRAVAILLEURS HANDICAPÉS

TYPE D'AIDE	MONTANT MAXIMUM (TTC)	EXEMPLES/COMMENTAIRES
Accueil d'élèves et d'étudiants en situation de handicap en stage		Accès à l'ensemble des aides techniques et humaines Prise en charge de l'indemnité de stage à hauteur de 12,5% du plafond horaire de la sécurité sociale, pour une durée égale à 35 heures hebdomadaires
Apprentissage pour les personnes en situation de handicap		Indemnité de 80% du coût salarial chargé Aide financière destinée à la prise en charge des frais d'accompagnement par un opérateur externe Prime à l'insertion de 1600€ si l'employeur conclut un CDD avec l'apprenti Aide à la formation pour l'apprenti de 1525€ Remboursement de tous les coûts liés à la compensation du handicap
Parcours d'accès aux carrières territoriales, hospitalières et de l'État (PACTE) pour les demandeurs d'emploi en situation de handicap dans la fonction publique		Prime annuelle de 1000€ pour tout PACTE signé avec une personne en situation de handicap Aide financière destinée à la prise en charge des frais d'accompagnement par un opérateur externe Remboursement de tous les coûts liés à la compensation du handicap
Pérennisation des CUI - CAE (contrat unique d'insertion - contrat d'accompagnement dans l'emploi) et emploi d'avenir dans la fonction publique		Prime à l'insertion durable: - 2 000€ à la signature du contrat d'une durée déterminée (minimum 1 an) - 4 000€ lorsque la titularisation de la personne est prononcée à l'issue de son contrat Versement d'une prime forfaitaire liée à l'embauche des emplois d'avenir à terme échu: - 3 000€ par an pour les contrats de 2 ans ; - 4 500€ par an pour les contrats de 3 ans.
Service civique dans la fonction publique des jeunes volontaires en situation de handicap		Accès aux aides du catalogue: aménagement, travaux d'accessibilité, interprète en langue des signes ou interface communication, codeur ou transcritteur, auxiliaires de vie, aides au transport domicile/travail, aides au transport adapté dans le cadre des activités professionnelles, études des postes de travail

Les modalités de sollicitation des aides

Le *process* de demande d'aide via la plateforme est le suivant:

SAISIE DE LA DEMANDE

sur la plateforme e-services qui engendre l'envoi d'un accusé de réception mentionnant la référence de la demande d'aide

ENVOI DES PIÈCES JUSTIFICATIVES

nécessaires à l'instruction de la demande

• par courrier

FIPHFP – 12, avenue Pierre-Mendès-France
75914 Paris Cedex 13

• ou par mail:

pieces_justificatives_fiphfp@caissedesdepots.fr

INSTRUCTION DU DOSSIER

par le FIPHFP dès réception complète de l'ensemble des pièces justificatives.

ATTENTION!
FAUTE D'UNE TRANSMISSION DE L'ENSEMBLE DES PIÈCES DEMANDÉES DANS UN DÉLAI DE DEUX MOIS À COMPTER DE LA SAISIE DANS E-SERVICES, LE DOSSIER FERA L'OBJET D'UN CLASSEMENT SANS SUITE.

DÉCISION DU FIPHFP

notifiée par courrier poste.



POINT DE VIGILANCE

DEPUIS LE 1^{ER} JANVIER 2015, SEULES LES DEMANDES D'AIDES SUPÉRIEURES À 1200€ FONT L'OBJET D'UN ACCORD DE FINANCEMENT SUR DEVIS. LES DEMANDES INFÉRIEURES À 1200€ SERONT TRAITÉES SUR FACTURE.

La demande est à instruire au choix:

- sur présentation de factures acquittées (paiement dans un délai de 60 jours après l'instruction favorable du FIPHFP),
- sur production de devis pro forma (paiement après instruction favorable du FIPHFP et réception de la facture acquittée).

Pour les employeurs sous convention, le *process* est distinct de celui sur la plateforme «e-services»:

- l'employeur dispose en interne d'une ou de plusieurs lignes budgétaires correspondant aux fonds versés annuellement par le FIPHFP dans le cadre du conventionnement;
- l'employeur n'a donc pas à solliciter la plateforme;
- néanmoins, les règles auxquelles sont soumis les employeurs restent les mêmes: respect des plafonds prévus par le catalogue, pièces justificatives à produire pour chaque dépense (et à conserver en cas de contrôle), etc.



LE CATALOGUE DES AIDES DU FIPHFP

<http://www.fiphfp.fr/Au-service-des-employeurs/Aides-FIPHFP>



LA CARTOGRAPHIE DES ACTEURS INTERVENANT TOUT AU LONG DES ÉTAPES DU PARCOURS DE L'AGENT (FPH)

LES BESOINS DE L'AGENT	LES ACTEURS INTERNES ET LEUR RÔLE	LES ACTEURS EXTERNES ET LEUR RÔLE
<p>ABSENCE POUR RAISON DE SANTÉ: <i>«Mon état de santé m'empêche de travailler et je ne sais pas si je pourrais revenir au travail dans les mêmes conditions. Je préfère anticiper mon retour.»</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Le médecin du travail: peut me proposer une visite médicale de pré-reprise. - Les ressources humaines: répondent à mes questions sur mes droits pendant mon arrêt de travail et mon avenir professionnel. 	<ul style="list-style-type: none"> - Le comité médical/la commission de réforme: décide de ma date de reprise à partir de 6 mois d'arrêt de travail.
<p>RECONNAISSANCE DU HANDICAP AU TRAVAIL: <i>«J'ai un problème de santé ou une situation de handicap qui ne me permet pas de travailler dans des conditions ordinaires.»</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Le médecin du travail: m'informe sur la RQTH et fournit un certificat médical pour le dossier de demande (celui-ci est optionnel mais fortement recommandé). - L'assistante sociale du personnel: m'accompagne pour remplir le dossier de demande, dans le respect de la confidentialité. - Les ressources humaines: peuvent également m'accompagner pour compléter le dossier, également dans le respect de la confidentialité. - Les organisations syndicales (et membres du CHSCT): elles peuvent m'apporter des informations sur la RQTH et les modalités d'accès. 	<ul style="list-style-type: none"> - Mon médecin traitant: m'informe sur la RQTH et fournit un certificat médical pour le dossier de demande (celui-ci est obligatoire). - La MDPH: délivre la RQTH - Le SAMETH: contacté par mon employeur ou à ma demande, il m'informe sur la RQTH et les autres aides dont je peux bénéficier et m'accompagne pour remplir le dossier de demande.
<p>RESTRICTION D'APTITUDE: <i>«J'ai besoin d'un aménagement de mon poste de travail pour répondre à une limitation de tâche: ça peut être un nouveau matériel ou une réorganisation du travail dans l'équipe.»</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Le médecin du travail: inscrit les restrictions d'aptitude sur mon avis d'aptitude dans le cadre d'une visite médicale périodique ou réalisée à ma demande. - L'encadrement: met en œuvre les restrictions d'aptitude préconisées par le médecin du travail. - L'encadrement: analyse mon poste de travail et propose des évolutions plus compatibles avec ma situation. 	<ul style="list-style-type: none"> - Le FIPHFP: à la demande de mon employeur, il peut financer l'aménagement de mon poste de travail (sous réserve d'être reconnu travailleur handicapé ou de bénéficier d'une restriction d'aptitude). - Le SAMETH: peut réaliser une première analyse de mon poste de travail et proposer une étude ergonomique plus aboutie. - Les associations spécialisées par type de handicap: en fonction des besoins, peuvent analyser mon poste de travail et proposer des évolutions plus compatibles avec ma situation. Dans le cadre d'une PPS, prescrite par le SAMETH uniquement aux personnes reconnues travailleurs handicapés, la prestation est intégralement prise en charge.



LA CARTOGRAPHIE DES ACTEURS INTERVENANT TOUT AU LONG DES ÉTAPES DU PARCOURS DE L'AGENT (FPH)

LES BESOINS DE L'AGENT	LES ACTEURS INTERNES ET LEUR RÔLE	LES ACTEURS EXTERNES ET LEUR RÔLE
<p>INAPTITUDE AU POSTE: <i>«Je ne peux plus continuer à exercer dans le même service car les contraintes ne sont pas compatibles avec mon état de santé. En revanche, je peux exercer le même métier dans un autre service.»</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Le médecin du travail: décide de mon aptitude au poste et l'inscrit sur mon avis d'aptitude. - Les ressources humaines ou ma direction: recherchent les postes disponibles et me proposent une nouvelle affectation. 	
<p>INAPTITUDE À LA FONCTION: <i>«Je dois changer de métier. On pourra envisager un reclassement au sein de l'établissement ou une reconversion professionnelle à l'extérieur.»</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Les ressources humaines: m'accompagnent dans ma réflexion sur mon parcours professionnel et recherchent un poste de reclassement. Ils peuvent m'orienter vers un bilan de compétences ou m'aider à trouver une formation adaptée. - Le psychologue du travail: m'accompagne dans le deuil de mon ancien métier et ma remobilisation sur un nouveau projet. 	<ul style="list-style-type: none"> - Le comité médical/la commission de réforme: décide de mon aptitude à la fonction et le notifie à mon employeur. - Le médecin expert: contribue à l'analyse de ma situation médicale en vue de mon passage en comité médical/commission de réforme. - Le FIPHFP et l'ANFH: en lien avec mon employeur, peuvent financer ma formation en vue d'une reconversion professionnelle (sous réserve d'être reconnu travailleur handicapé). - L'organisme de bilan de compétences: m'aide à faire le point sur mes compétences et mes souhaits d'évolution. Le dispositif PSOP, prescrit par le SAMETH uniquement aux personnes reconnues travailleurs handicapés, est un bilan de compétences prenant en compte mon état de santé et les possibilités de reclassement chez mon employeur.
<p>SORTIE DE L'EMPLOI: <i>«Je ne peux plus exercer au sein de mon établissement d'origine car je suis inapte à tous postes définitivement ou qu'il n'existe pas de poste de reclassement disponible pour moi en interne. Néanmoins, je souhaite poursuivre mon parcours professionnel.»</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Les ressources humaines: peuvent m'aider à identifier les acteurs à solliciter pour ma reconversion à l'extérieur de l'établissement. 	<ul style="list-style-type: none"> - Le Cap Emploi: accompagne les travailleurs handicapés en recherche d'emploi.

Cf glossaire p. 3



LA GESTION DE LA SORTIE DE L'EMPLOI (FPH)

Quel cadre juridique à la sortie de l'emploi dans la FPH ?

La sortie de l'emploi pour un agent de la FPH est envisageable dans un nombre restreint de situations :

- en cas d'inaptitude définitive à tous postes constatée par le comité médical ou la commission de réforme ;

Voir fiche pratique n°1 sur les obligations de l'employeur en matière de maintien dans l'emploi (p.4)

- en cas d'inaptitude à la fonction constatée par le comité médical ou la commission de réforme et d'impossibilité de reclassement sur un autre grade chez l'employeur ;

Voir fiche pratique n°5 sur les outils et bonnes pratiques du reclassement et de la reconversion professionnelle dans la FPH (p.25)

- à la demande de l'agent, en raison de sa situation de santé.

En fonction de la situation de l'agent, une ou plusieurs modalités de sortie de l'emploi peuvent être envisagées :

- la retraite pour invalidité ;
- le licenciement pour inaptitude ;
- la disponibilité d'office pour raison de santé.

Comment et dans quel cas procéder à une retraite pour invalidité ?

Les conditions d'admission à la retraite pour invalidité :

- Elle ne concerne que les agents titulaires affiliés à la CNRACL.
- Elle est subordonnée au caractère définitif de l'incapacité, ainsi qu'à l'impossibilité de reclassement.
- Le fonctionnaire doit être déclaré inapte à ses fonctions de manière définitive et absolue. Cette inaptitude est établie par un médecin agréé et confirmée par le comité médical ou la commission de réforme.
- L'invalidité doit avoir été contractée ou aggravée alors que

le fonctionnaire était dans une position valable pour la retraite (positions d'activité ou de détachement, congé parental notamment).

- L'impossibilité de procéder au reclassement du fonctionnaire doit être prouvée.

- Elle peut survenir à n'importe quel moment de la carrière. Il n'y a ni condition de durée de services, ni d'âge minimum, ni de taux minimal d'invalidité, ni de condition d'imputabilité au service de l'invalidité. Cependant, la mise à la retraite pour invalidité ne peut jamais intervenir après la limite d'âge.

Les cas d'admission à la retraite pour invalidité :

- À la demande de l'agent lorsqu'il est placé en congé de maladie ou en disponibilité d'office.
- D'office :
 - à épuisement des droits statutaires à congé de maladie ordinaire, de longue maladie ou de longue durée ;
 - au terme d'une année continue de congé pour accident de service ou maladie professionnelle si le fonctionnaire est déclaré inapte de façon définitive et absolue à l'exercice de ses fonctions ;
 - à tout moment en cas d'invalidité non imputable au service si le caractère définitif et stabilisé de la maladie rend inutile tout traitement. Ce constat effectué par un médecin agréé doit intervenir avant l'octroi d'un congé de maladie ordinaire, de longue maladie ou de longue durée (*article L.29 du Code des Pensions Civiles et Militaires*).

Deux types de procédures peuvent être mobilisés :

- **Procédure simplifiée :** pour les fonctionnaires comptant au moins 106 trimestres de cotisations auprès de la CNRACL et qui vont être admis à la retraite sur demande pour invalidité non imputable au service. Le seuil fixé permet d'éviter un passage en commission de réforme pour fixer un taux global d'invalidité. L'admission au titre de la procédure simplifiée ne nécessite que de recueillir l'avis du comité médical sur l'inaptitude définitive et absolue de l'agent à l'exercice de ses fonctions.



LA GESTION DE LA SORTIE DE L'EMPLOI (FPH)

• **Procédure normale** : lorsque l'invalidité est imputable au service ou lorsque l'invalidité n'est pas imputable au service mais que l'agent ne compte pas 106 trimestres valables.

- L'employeur fait procéder à une expertise auprès d'un médecin agréé.
- La commission de réforme est saisie.
- Le rapport d'expertise médicale et le PV de la commission de réforme, ainsi que l'ensemble des pièces administratives requises, sont transmis à la CNRACL.

Compte tenu des délais de recueil des différents avis, la Caisse des dépôts et consignations recommande que le dossier complet lui soit adressé au moins trois mois avant la date de radiation des cadres pour éviter de placer l'agent dans une position statutaire irrégulière.



BONNE PRATIQUE

EN PRATIQUE, IL EST PRÉFÉRABLE DE COMMUNIQUER LE DOSSIER COMPLET À LA CAISSE DES DÉPÔTS ET CONSIGNATIONS AU MOINS 6 MOIS AVANT LA DATE DE RADIATION DES CADRES.

Focus sur l'accès à la retraite anticipée

La loi de réforme des retraites de 2003 a ouvert un droit à départ anticipé à la retraite à partir de 55 ans pour les travailleurs ayant une incapacité permanente d'au moins 80% de la Cotorep (carte d'invalidité), sous réserve de durées d'assurance et de cotisations concomitantes avec la reconnaissance du handicap. La loi de réforme des retraites de 2010 a étendu ce droit aux travailleurs simplement reconnus handicapés (RQTH), sans notion de seuil d'incapacité permanente reconnu par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH).

La loi du 20 janvier 2014 « garantissant l'avenir et la justice du système de retraites » vient néanmoins modifier en profondeur ce droit, au travers de ses articles 36 et 37. Trois modifications importantes sont à noter :

- abaissement du taux d'incapacité permanente de 80% à 50% ;
- suppression du critère de la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) au sens de l'article L5213 ;
- droit à un départ à la retraite à taux plein à 62 ans pour les personnes reconnues handicapées. Auparavant, depuis la réforme des retraites de 2010, ce départ à taux plein était possible à partir de 65 ans, sans notion de seuil.

Ces nouveaux critères ont pris effet à partir à partir du 1^{er} février 2014. À compter de 2016, le critère de 50% de taux d'incapacité permanente, plus simple et plus large que celui de la RQTH, sera le seul retenu pour ouvrir droit à la retraite anticipée des travailleurs handicapés. Pour accéder à ce droit, la procédure à suivre est la suivante :

- L'employeur engage la demande auprès de la caisse de retraite de l'agent.
- Joindre les pièces justifiant la décision relative à taux d'incapacité, ou la RQTH
- La caisse de retraite vérifie si l'agent remplit les conditions.
- En cas de réponse positive, la caisse adresse à l'agent :
 - l'imprimé de demande de retraite spécifique aux personnes handicapées ;
 - un calcul estimatif du montant de pension de retraite.



POINT DE VIGILANCE

POUR ACCÉDER À LA RETRAITE ANTICIPÉE, L'AGENT DOIT ÉGALEMENT JUSTIFIER D'UNE DURÉE D'ASSURANCE VIEILLESSE DEPUIS QUE LE HANDICAP EST ADMINISTRATIVEMENT RECONNU.

Les agents âgés de 60 ans ou 61 ans disposent des mêmes conditions que pour un départ dès 59 ans.

Les conditions d'assurance vieillesse sont calculées en fonction de l'âge de l'agent :

Année de naissance	Âge de départ à la retraite envisagé (minimum)	Durée totale d'assurance (en trimestres validés)	Durée d'assurance cotisée (en trimestres travaillés)
1953 ou 1954	59 ans	85	65
1955, 1956 ou 1957	57 ans	106	86
	58 ans	96	76
	59 ans	86	66
1958, 1959 ou 1960	55 ans	127	107
	56 ans	117	97
	57 ans	107	87
	58 ans	97	77
	59 ans	87	67
1961, 1962 ou 1963	55 ans	128	108
	56 ans	118	98
	57 ans	108	88
	58 ans	98	78
	59 ans	88	68

Comment et dans quel cas procéder à un licenciement pour inaptitude ?

Il convient de distinguer le licenciement des agents titulaires et contractuels.

Concernant les fonctionnaires titulaires :

- dont le temps de travail est supérieur ou égal à 28 heures par semaine, et donc affiliés à la CNRACL : ils ne peuvent être licenciés pour inaptitude physique qu'après épuisement de tous les moyens donnés par le statut.
- si le fonctionnaire est définitivement et totalement inapte à toutes fonctions et que l'admission à la retraite pour invalidité est impossible ;

- si le fonctionnaire est définitivement inapte à l'exercice de ses fonctions et que l'admission à la retraite est refusée par la CNRACL.
- dont le temps de travail est inférieur à 28 heures par semaine, et donc affiliés au régime général de la CNRACL : ils sont licenciés pour inaptitude physique, à l'issue de leurs droits à congés de maladie ordinaire de congés pour accident du travail ou maladie professionnelle lorsqu'ils sont reconnus définitivement et totalement inaptes à toutes fonctions ou reconnus définitivement inapte à l'exercice de leurs fonctions et que le reclassement est impossible.

Concernant les agents contractuels : ils sont licenciés pour inaptitude physique en cas d'inaptitude physique totale

LA GESTION DE LA SORTIE DE L'EMPLOI (FPH)

et définitive, reconnue après les motifs pour raisons de santé : un congé de maladie, d'accident du travail, de maladie professionnelle ou de maternité, de paternité ou d'adoption.

En termes de procédure, le licenciement ne peut intervenir qu'à l'issue d'un entretien préalable, au cours duquel l'administration employeur recueille les explications de l'agent.

La décision de licenciement est notifiée par lettre recommandée avec accusé de réception. La lettre doit préciser le motif du licenciement et la date, compte-tenu des droits à congés restant dus et du préavis éventuel à effectuer.

L'agent, engagé en Contrat à durée déterminée (CDD) ou en Contrat à durée indéterminée (CDI), licencié en cours de contrat, a droit à un préavis. L'agent licencié bénéficie d'une indemnité de licenciement et a droit au versement d'une indemnité compensatrice de congés annuels s'il n'a pas pu bénéficier de tous ses congés annuels du fait de l'administration. L'agent peut également bénéficier des allocations chômage et d'allocations d'aide au retour à l'emploi, s'il remplit les conditions requises. Les allocations d'aide au retour à l'emploi sont versées par l'employeur ayant procédé au licenciement.

Comment et dans quel cas procéder à une mise en Disponibilité d'office pour raison de santé (DORS) ?

Le fonctionnaire ayant épuisé ses droits à congé de maladie ordinaire, congé de longue maladie ou congé de longue durée, peut être placé en disponibilité d'office :

- quand son état de santé ne lui permet pas encore de reprendre son travail,
- ou quand il a été reconnu inapte aux fonctions correspondant à son grade et, qu'après avoir été invité à présenter une demande de reclassement, son reclassement immédiat est impossible.

La durée de la disponibilité est fixée à un an maximum. Elle est renouvelable deux fois pour une durée égale après avis du comité médical. Exceptionnellement, elle peut être renouvelée une troisième fois si le comité médical estime que le fonctionnaire devrait normalement pouvoir reprendre ses fonctions ou être reclassé avant la fin de la quatrième année.

La mise en disponibilité d'office est décidée par l'administration après avis du comité médical ou de la commission de réforme lorsque la disponibilité est prononcée à l'issue d'un congé de longue durée accordé pour maladie professionnelle.

Le fonctionnaire en disponibilité d'office pour raisons de santé n'est plus rémunéré. Toutefois, dans certains cas, il peut percevoir de la part de son administration :

- des indemnités journalières de maladie si sa mise en disponibilité est motivée par le fait que son état de santé ne lui permet pas encore de reprendre son travail à l'issue de son congé de maladie et s'il remplit les conditions d'attribution de ces indemnités ;
- une allocation d'invalidité temporaire s'il n'a pas ou plus droit à rémunération statutaire ni à indemnité journalière de maladie, et si son invalidité temporaire réduit sa capacité de travail d'au moins des deux tiers ;
- des allocations chômage si, ayant été reconnu partiellement inapte à l'exercice de ses fonctions, il est mis en disponibilité faute d'emploi vacant permettant son reclassement.

La réintégration du fonctionnaire est subordonnée à la vérification par un médecin agréé et, éventuellement par le comité médical, de son aptitude physique à l'exercice des fonctions correspondant à son grade.

VOS CONTACTS

EN INTERNE

.....	
Nom	Prénom
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Mail	Numéro de téléphone
<input type="text"/>	<input type="text"/>

.....	
Nom	Prénom
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Mail	Numéro de téléphone
<input type="text"/>	<input type="text"/>

.....	
Nom	Prénom
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Mail	Numéro de téléphone
<input type="text"/>	<input type="text"/>

.....	
Nom	Prénom
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Mail	Numéro de téléphone
<input type="text"/>	<input type="text"/>

.....	
Nom	Prénom
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Mail	Numéro de téléphone
<input type="text"/>	<input type="text"/>

VOS CONTACTS

EN EXTERNE

.....

Nom	Prénom
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Mail	Numéro de téléphone
<input type="text"/>	<input type="text"/>

.....

Nom	Prénom
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Mail	Numéro de téléphone
<input type="text"/>	<input type="text"/>

.....

Nom	Prénom
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Mail	Numéro de téléphone
<input type="text"/>	<input type="text"/>

.....

Nom	Prénom
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Mail	Numéro de téléphone
<input type="text"/>	<input type="text"/>

.....

Nom	Prénom
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Mail	Numéro de téléphone
<input type="text"/>	<input type="text"/>



ANFH

Rhône

75, cours Emile Zola
BP 22174
69603 VILLEURBANNE CEDEX
www.anfh.fr/rhone

Alpes

51, boulevard des Alpes
38240 MEYLAN
www.anfh.fr/alpes



UNIFAF RHONE ALPES

74 Bd du 11 Novembre
CS 50039
69626 VILLEURBANNE Cedex
www.unifat.fr



ARS

241 rue Garibaldi
CS 93383
69418 Lyon Cedex 03
www.ars.auvergne-rhone-alpes.sante.fr