

## HANDI-PACTE FONCTION PUBLIQUE RHÔNE-ALPES

### Groupe de travail « Insertion professionnelle et maintien dans l'emploi des personnes en situation de handicap psychique »

#### Synthèse générale de l'atelier 2 du 26 mai 2015

**Thème :** Gestion des carrières publiques et handicap psychique

**Composition :**

- 1 médecin de prévention
- 2 représentants de Centre de Gestion
- 4 employeurs territoriaux
- 3 employeurs hospitaliers
- 3 employeurs de l'Etat
- 1 représentant de la FHF
- 4 experts handicap psychique : MESSIDOR, RehPsy, LIFT et Service Universitaire de Réhabilitation du CHS le Vinatier

**Objectif :** construire un parcours d'accompagnement d'un agent en situation de handicap psychique, qui se caractérise par une inaptitude ou des restrictions d'aptitude professionnelle pour raisons médicales.

**Synthèse :** les différentes phases du parcours d'accompagnement

- **PHASE 1 : le T0 de l'alerte**

L'**alerte** peut être effectuée via une multitude d'acteurs tels que les représentants du personnel, le référent handicap, les collègues, le médecin de prévention, l'encadrement, l'assistant social, le DRH, l'agent lui-même, le psychologue du travail, etc....

Cette alerte est donc **multidimensionnelle**.

Ce sont les constats de difficultés récurrentes tels que l'absentéisme croissant, les irrégularités dans l'attitude de l'agent, les situations éventuelles de décompensation etc... qui, par leur accumulation vont générer, à un instant T, la mobilisation de l'avis du médecin de prévention pour réaliser un **diagnostic médical**.

Concernant le handicap psychique, les remontées de constats qui vont générer l'alerte sont souvent à croiser avec les divers changements qui interviennent dans la vie de l'agent :

- Domaine privé : évolution des soins, rupture familiale...
- Domaine professionnel : changement d'horaires, évolution du poste, changement de hiérarchie, etc...

Lorsque l'employeur sait que l'agent concerné se caractérise par un handicap psychique, il peut, à minima, sur l'aspect vie professionnelle, l'accompagner dans l'acceptation du changement. Cela renvoie à l'organisation de la structure en matière de prise en compte du « bien-être au travail » et à la nécessité pour les DRH de piloter conjointement une politique :

- d'accompagnement des agents en situation de handicap psychique
- de prévention permettant d'anticiper les risques et d'éviter le mal être au travail susceptible de faire émerger des difficultés notamment pour les agents qui se caractérisent par un handicap psychique.

### Les constats relatifs à la PHASE 1 : le T0 de l'alerte

- Pour qu'une structure s'engage dans une démarche d'une double politique RH d'accompagnement du handicap et de prévention des risques psycho-sociaux, les décideurs doivent être moteurs de la démarche. **Cependant les décideurs ne sont pas toujours sensibilisés au sujet.** Il est important de leur expliquer, en tant que gestionnaires, qu'au-delà de la question du coût de l'obligation d'emploi qui impacte directement sur le budget de leur structure, s'inscrire dans une démarche de prévention et d'accompagnement du handicap (psychique ou non) permet de réduire significativement le volume de situations d'inaptitude des agents, d'arrêts maladies et d'absentéisme pour raisons de santé.
- L'anticipation est particulièrement difficile car le cumul des éléments d'information est multidimensionnel. **Formaliser et structurer le processus d'alerte** en lien avec les acteurs ressources concernés pourraient répondre à cette difficulté. Il s'agirait de **mettre en place une procédure adaptée structurant le rôle de chaque acteur concerné, de la leur communiquer et de les former et les sensibiliser.**
- Concernant le handicap psychique, les difficultés rencontrées par l'agent ne sont pas forcément identifiées comme relevant du médical par ses collègues de travail et/ou son chef de service. Les constats basés sur les préjugés et la méconnaissance génèrent des situations de tension. **Les agents de manière générale ne sont pas assez informés et sensibilisés sur le handicap psychique.**
- lorsque c'est l'agent lui-même qui sollicite le médecin de prévention parce qu'il a conscience que son handicap le met en difficultés dans le cadre de l'exercice de son travail, l'anticipation et la gestion de la situation est simplifiée. Toutefois, **il est très rare, pour le handicap psychique, que l'agent soit initiateur de l'alerte.**
- l'employeur doit pouvoir s'appuyer sur un médecin de prévention avec lequel il a établi une **relation de confiance** et engagé une **démarche partagée** pour accompagner les agents. La pénurie des médecins de prévention est LE point noir de tout le parcours d'accompagnement. S'il n'y a pas de médecin, ou si le médecin n'est disponible que de manière très ponctuelle, l'employeur ne pourra pas accompagner correctement l'agent dans son parcours de maintien dans l'emploi. **Toute la procédure d'accompagnement dans la gestion de situations d'inaptitude et de restrictions d'aptitude repose sur le rôle central du médecin de prévention.**
- Les employeurs, lorsqu'ils doivent faire face à cette pénurie de médecins de prévention se tournent vers la mobilisation d'un médecin agréé. Or **le médecin agréé n'a aucune connaissance du contexte de travail de l'agent** au sein de la structure. Son expertise n'est pas adaptée aux besoins de l'employeur lorsqu'il s'agit de repenser les conditions d'emploi de l'agent concerné.

- **PHASE 2 : le diagnostic médical**

Nous constatons que le médecin de prévention peut être mobilisé de deux façons :

- **la visite est effectuée à la demande de l'employeur en accord avec l'agent** : démarche positive qui génère une relation de confiance entre l'agent et le DRH. L'agent est partie prenante de la démarche.
- **la visite en « sous-marin »** : l'employeur sollicite le médecin sans en parler avec l'agent. Aucun échange en amont entre l'agent et l'employeur. Le médecin est dans une situation inconfortable car il doit orienter son entretien en posant indirectement des questions pour amener l'agent à s'exprimer sur le sujet pour lequel il est réellement convoqué.

Pour réaliser son diagnostic, le médecin de prévention peut solliciter des médecins traitants et/ou spécialistes de l'agent.

Le diagnostic du médecin amène à quatre conclusions :

- poste compatible
- poste compatible avec aménagements
- poste compatible sous réserves (de suivi d'examens complémentaires)
- poste incompatible temporairement (arrêt de travail)

Le médecin de prévention ne se prononce pas sur l'inaptitude (excepté dans la FPH car il dispose de cette compétence).

Une fois le diagnostic posé, le médecin en informe l'administration et l'agent.

#### CONSTATS PHASE 2 : le diagnostic médical

- Pour le Handicap psychique, la **méthode « sous-marin » est souvent mobilisée** car l'agent est souvent dans le déni et des situations conflictuelles avec l'employeur sont assez régulières.
- les médecins de prévention ne détiennent pas toutes les **informations nécessaires en matière d'acteurs externes** pouvant les aider à poser leur diagnostic.
- certains employeurs pensent qu'ils n'ont pas le droit de solliciter le médecin et d'expliquer les difficultés rencontrées. Ils sont souvent inquiets de leur droit en matière de respect du secret médical. Or, plus l'employeur effectue un relevé de faits, objectif et neutre, auprès du médecin de prévention, plus ce dernier pourra s'appuyer sur des éléments tangibles dans le cadre de son entretien avec l'agent. Dès le départ le médecin de prévention et la DRH doivent s'entendre sur les termes utilisés. **Tout le parcours d'accompagnement repose sur l'interrelation médecin de prévention/employeur. Les DRH doivent construire leur démarche en partenariat avec leur médecin de prévention.**
- Pour le handicap psychique, concernant les aménagements de poste, 90% des situations concerneraient l'aménagement des horaires de travail. Cette démarche est rendue complexe par la perte sèche de revenus, pour l'agent, qui ne peut pas toujours travailler à temps partiel (raisons alimentaires). **Il est fortement regretté de ne pas pouvoir mobiliser l'équivalent d'une Pension d'Invalidité pour les fonctionnaires.**

- **PHASE 3 : Gestion des situations**

L'employeur doit engager des démarches pour trouver des solutions de maintien dans l'emploi ou de reclassement. Pour ce faire, il est impératif que cette démarche soit **pluridisciplinaire**.

L'organisation en **cellule ou commission de maintien/reclassement** semble être une bonne réponse car ces instances réunissent différentes expertises et permettent de prendre en compte tous les aspects économiques, statutaires, sociaux, etc... pour trouver les meilleures réponses. La richesse se trouve également dans les échanges avec l'ensemble des acteurs ressources qui font souvent émerger des pistes d'actions nouvelles.

La composition de ces instances est variée mais les **acteurs incontournables** sont le médecin de prévention, les préventeurs, le DRH, le Psychologue, le référent handicap, l'assistant social, le conseiller en formation et pour la FPH, le directeur des soins, le cadre de santé.

Au-delà de cette organisation pluridisciplinaire, l'employeur a la possibilité de mobiliser **divers outils** que l'on peut classer de la manière suivante :

- **Visites médicales** : la visite de pré reprise est sous utilisée alors qu'il s'agit d'un vecteur important permettant d'anticiper la reprise du travail d'un agent
- **Services externes généralistes pouvant accompagner au maintien dans l'emploi** : centres de Gestion pour la FPT et SAMETH pertinents uniquement pour les employeurs qui ne disposent pas d'une commission interne.
- **Expertises externes gratuites** car directement financées par le FIPHFP : PPS, PSOP, EPAAST, Cap emploi, actions de formation...
- **Aides financières directes** du FIPHFP
- **Instances médicales et médecins agréés** : expertise et positionnement statutaires
- **Organismes de formation** : ANFH CNFPT
- **Autres acteurs ressources** : CRP, MDPH, COMETE, EA-ESAT, etc...

#### CONSTATS PHASE 3 : Gestion des situations

- En dehors de la FPT, les petites structures qui ne comptent que quelques agents ne peuvent pas s'appuyer sur une commission pluridisciplinaire. **Il pourrait être intéressant d'analyser la possibilité d'expérimenter dans la FPH, comme c'est le cas dans la FPT, la mise en place sur un département déterminé d'une commission de ce type en lien avec la FHF ?**
- Dans la FPE, on peut constater un phénomène inverse avec des administrations régionales qui doivent gérer des situations d'inaptitude qui interviennent sur l'ensemble du territoire régional pour des milliers d'agents. Certaines administrations sont directement reliées à une politique RH « Handicap et maintien dans l'emploi » pilotée par leur ministère. Dans ce cas, une organisation sur le territoire est appliquée et formalisée. Si ce n'est pas le cas, les administrations sont très isolées et ne disposent pas de beaucoup de moyens pour accompagner correctement les agents en situation d'inaptitude. **Les administrations régionales de l'Etat n'échangent pas sur leurs pratiques.**

- **Concernant les outils externes mobilisables :**
  - **Méconnaissance par les employeurs et médecins de prévention de l'ensemble des outils mobilisables** et des moyens de les mobiliser.
  - les employeurs citent les structures qu'ils connaissent au lieu des outils. Ils ont du mal à comprendre la **complexité des acteurs existants** et leur rôle.
  - Il est parfois pertinent de mobiliser un prestataire externe pour effectuer un **diagnostic-évaluation d'une situation** en prenant en compte tous les facteurs et acteurs concernés. Le prestataire peut apporter un regard objectif et neutre surtout dans le cadre de relations conflictuelles où la prise de recul devient difficile. L'employeur a le choix entre plusieurs outils : SAMETH, PPS ou prestataires autres directement financés par le FIPHP.
  - Concernant **les bilans**, il existe 3 types de bilans mobilisables : médicaux, professionnels et de compétences. Il est important de bien distinguer ces 3 bilans et d'en préciser les objectifs.
  - **Il existe en France, 8 à 9 CRP spécialisés sur le handicap psychique.** Même si aucun n'est implanté en Rhône-Alpes, il pourrait être pertinent de les contacter pour voir comment des passerelles pourraient éventuellement être mobilisées. D'autant plus, que les CRP hébergent leurs stagiaires.
  - **la satisfaction des employeurs est mitigée et variable en fonction des territoires concernant la délivrance des offres de services et prestations tels que SAMETH, PPS, PSOP ou autres...** Il est constaté que les structures qui gèrent ces activités sont souvent habituées à travailler avec le secteur privé et éprouvent des difficultés à s'adapter au contexte des fonctions publiques en particulier sur l'aspect réglementaire et statutaire.
- compte tenu de la multitude des acteurs pouvant intervenir dans le parcours d'accompagnement, il est impératif que l'employeur coordonne les interrelations entre l'ensemble de ces acteurs internes et externes. **Mobiliser un référent handicap et/ou maintien dans l'emploi pour coordonner cette démarche semble constituer une nécessité.**
- Concernant le handicap psychique, la question de la **capacité d'un agent fonctionnaire de travailler en milieu ordinaire** est parfois posée par l'employeur et/ou le médecin de prévention.
  - L'orientation en milieu protégé (ESAT), contrairement au milieu adapté (EA) qui relève du milieu ordinaire, nécessite une **orientation de la MDPH.**
  - Un employeur a la possibilité de mobiliser des **outils de mesure de l'employabilité** pour l'accompagner dans sa réflexion.
  - Cette prestation consiste à travailler avec l'agent sur ses capacités professionnelles et à l'évaluer par des mises en situation y compris en EA et/ou en ESAT.
  - En Rhône-Alpes, MESSIDOR a la particularité d'être un ESAT de transition qui vise à faire évoluer leurs usagers vers le milieu ordinaire. Mais la transition ne pourrait-elle pas être inversée si cela pouvait être pertinent pour l'agent ?
  - **Si la mesure de l'employabilité de l'agent indique une orientation en milieu protégé, comment l'employeur peut-il poursuivre la démarche ?**
  - D'un point de vue statutaire, il n'y aurait que la position de **mise en disponibilité pour convenance personnelle** qui pourrait permettre à un agent fonctionnaire de travailler en externe, y compris dans un EA ou un ESAT (si orientation MDPH).
  - De manière générale, **les employeurs publics ne connaissent pas les EA et ESAT :** organisation, fonctionnement, etc...

- **PHASE 4 : Prises de décisions et mise en œuvre**

Trois alternatives sont possibles :

- maintien dans l'emploi sans aménagement
- maintien dans l'emploi avec aménagement de poste
- maintien impossible dans le poste sur avis du médecin de prévention qui entraîne deux types d'actions de l'employeur :
  - soit la saisie de l'instance médicale qui donne un avis relatif à l'aptitude au poste :
    - apte avec aménagement
    - inapte à son poste et reclassement
    - inaptitude totale et définitive à son poste et à tous postes et radiations de cadres (retraite pour invalidité ou licenciement pour inaptitude)
  - gestion interne de la situation par un changement de poste sans mobiliser les instances médicales

Lorsque l'employeur se trouve dans cette phase de repositionnement professionnel, il procède à une **double analyse sur les postes vacants en interne et les capacités de repositionnement professionnel de l'agent**

Une fois l'agent maintenu ou reclassé, dans une perspective d'anticipation et de prévention, l'employeur s'assure qu'un **suivi de situation** est réalisé pour chaque agent par le biais de la commission de maintien/reclassement, réunions triparties avec l'agent et le chef de service, visites médicales avec le médecin, entretiens entre le médecin et les Ressources Humaines, etc...

#### **CONSTATS PHASE 4 : Prises de décisions et mise en œuvre**

- Concernant la question du repositionnement professionnel, lorsque l'instance est saisie par l'employeur sous conseil du médecin de prévention, cette dernière peut donner un avis contradictoire prévoyant un maintien dans l'emploi avec aménagement plutôt qu'un reclassement. Cela met en lumière des **difficultés d'interactions et de coordination entre médecins de prévention et médecins agréés**. De la même manière, lorsqu'un médecin agréé est sollicité pour conforter l'avis du médecin de prévention, ce dernier peut émettre un avis contradictoire. Pour le handicap psychique, ce risque est amplifié car l'agent peut être dans une bonne posture le jour de l'expertise avec le psychiatre alors qu'il ne l'est pas le reste du temps (variabilité du comportement).
- **Changer l'agent de poste de travail sans passer par les instances médicales est souvent d'usage** pour plusieurs raisons :
  - la lourdeur du processus règlementaire de gestion des inaptitudes qui met en tension tous les acteurs concernés et ralentit le processus de repositionnement professionnel, maintient l'agent en inactivité sur des périodes trop longues.
  - l'aspect perte financière des agents en termes de rémunération dans le cadre d'un reclassement statutaire.

- Plus l'employeur est en capacité d'avoir une analyse en termes de **gestion prévisionnelle des emplois et des compétences**, plus sa capacité d'analyse pourra être poussée en matière de repositionnement de son agent en interne (analyse des départs en retraite, des mobilités internes, des emplois créés...).
- Pour le handicap psychique, au-delà du travail d'élaboration de projet et de repositionnement professionnel, **il est impératif de prévoir un accompagnement au changement pour l'agent et de préparer les équipes de travail.**
- Certains employeurs disposent de **postes tremplins/passerelles** : outils mobilisables permettant de positionner provisoirement un agent sur un poste dans le cadre de l'élaboration de son projet professionnel. Il arrive souvent que ces outils, certes intéressants, entraînent un **effet pervers qui sédentarise l'agent** sur l'emploi tremplin alors qu'il n'est pas censé le conserver.
- les employeurs ont **tendance à mener leur réflexion sur un repositionnement professionnel en interne**. Pourtant l'idée d'une **reconversion externe peut parfois constituer une solution adaptée** tant pour l'agent que pour l'employeur lorsqu'aucune solution n'est trouvée en interne :
  - il s'agit d'**utiliser la période d'inactivité de l'agent** (disponibilité d'office ou CLM/CLD) pour préparer sa reconversion professionnelle, plutôt que de le laisser attendre passivement, durant plusieurs mois qui l'éloignent de l'emploi, pour s'engager dans le processus classique d'accompagnement des demandeurs d'emploi
  - **le bilan de reconversion professionnelle doit inclure un accompagnement de l'agent au deuil du métier, et de la fonction publique** si son projet l'oriente vers le secteur privé.
  - Une fois le bilan établi, il est important que l'employeur et l'agent puissent être **accompagnés dans la mise en œuvre du projet professionnel**. Or, ce type d'accompagnement ne semble pas relever pas du service public de l'emploi.