

**UNIVERSITÉ TOULOUSE III – PAUL SABATIER**  
**FACULTÉS DE MÉDECINE**

---

ANNÉE 2015

2015 TOU3 1567

**THÈSE**

**POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE**  
**MÉDECINE SPÉCIALISÉE CLINIQUE**

Présentée et soutenue publiquement

par

**Emilie DEVOT TKIAR**

le 09 octobre 2015

**Évaluation de l'apport d'une commission maintien dans l'emploi  
dans la Fonction Publique Territoriale**

Directeur de thèse : Dr Séverine LAHILLE

**JURY**

Monsieur le Professeur	Jean-Marc Soulat	Président
Monsieur le Professeur	Patrick Brochard	Assesseur
Monsieur le Professeur	Michel Druet-Cabanac	Assesseur
Madame le Professeur	Isabelle Baldi	Assesseur
Madame le Docteur	Yolande Esquirol	Suppléant
Madame le Docteur	Catherine Verdun-Esquer	Invitée
Madame le Docteur	Séverine Lahille	Invitée

**TABLEAU du PERSONNEL HU**  
**des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier**  
**au 1<sup>er</sup> septembre 2014**

**Professeurs Honoraires**

Doyen Honoraire	M. ROUGE D.	Professeur Honoraire	M. SALVADOR M.
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Y.	Professeur Honoraire	M. BAYARD
Doyen Honoraire	M. CHAP H.	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL B	Professeur Honoraire	M. FABIÉ
Professeur Honoraire	M. COMMANAY	Professeur Honoraire	M. BARTHE
Professeur Honoraire	M. CLAUX	Professeur Honoraire	M. CABARROT
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE	Professeur Honoraire	M. DUFFAUT
Professeur Honoraire	Mme ENJALBERT	Professeur Honoraire	M. ESCAT
Professeur Honoraire	M. GEDEON	Professeur Honoraire	M. ESCANDE
Professeur Honoraire	M. PASQUIE	Professeur Honoraire	M. PRIS
Professeur Honoraire	M. RIBAUT	Professeur Honoraire	M. CATHALA
Professeur Honoraire	M. ARLET J.	Professeur Honoraire	M. BAZEX
Professeur Honoraire	M. RIBET	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE
Professeur Honoraire	M. MONROZIES	Professeur Honoraire	M. CARLES
Professeur Honoraire	M. DALOUS	Professeur Honoraire	M. BONAFÉ
Professeur Honoraire	M. DUPRE	Professeur Honoraire	M. VAYSSE
Professeur Honoraire	M. FABRE J.	Professeur Honoraire	M. ESQUERRE
Professeur Honoraire	M. DUCOS	Professeur Honoraire	M. GUITARD
Professeur Honoraire	M. GALINIER	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES F.
Professeur Honoraire	M. LACOMME	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE
Professeur Honoraire	M. BASTIDE	Professeur Honoraire	M. CERENE
Professeur Honoraire	M. COTONAT	Professeur Honoraire	M. FOURNIAL
Professeur Honoraire	M. DAVID	Professeur Honoraire	M. HOFF
Professeur Honoraire	Mme DIDIER	Professeur Honoraire	M. REME
Professeur Honoraire	M. GAUBERT	Professeur Honoraire	M. FAUVEL
Professeur Honoraire	Mme LARENG M.B.	Professeur Honoraire	M. FREXINOS
Professeur Honoraire	M. BES	Professeur Honoraire	M. CARRIERE
Professeur Honoraire	M. BERNADET	Professeur Honoraire	M. MANSAT M.
Professeur Honoraire	M. GARRIGUES	Professeur Honoraire	M. BARRET
Professeur Honoraire	M. REGNIER	Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	M. COMBELLES	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT
Professeur Honoraire	M. REGIS	Professeur Honoraire	M. CAHUZAC
Professeur Honoraire	M. ARBUS	Professeur Honoraire	M. DELSOL
Professeur Honoraire	M. PUJOL	Professeur Honoraire	M. ABBAL
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI	Professeur Honoraire	M. DURAND
Professeur Honoraire	M. RUMEAU	Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER
Professeur Honoraire	M. BESOMBES	Professeur Honoraire	M. RAILHAC
Professeur Honoraire	M. GUIRAUD	Professeur Honoraire	M. POURRAT
Professeur Honoraire	M. SUC	Professeur Honoraire	M. QUERLEU D.
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE	Professeur Honoraire	M. ARNE JL
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE	Professeur Honoraire	M. ESCOURROU J.
Professeur Honoraire	M. PONTONNIER	Professeur Honoraire	M. FOURTANIER G.
Professeur Honoraire	M. CARTON	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE J.
Professeur Honoraire	Mme PUEL J.	Professeur Honoraire	M. PESSEY JJ.
Professeur Honoraire	M. GOUZI		
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU		
Professeur Honoraire	M. PONTONNIER		
Professeur Honoraire	M. PASCAL		

**Professeurs Émérites**

Professeur LARROUY	Professeur JL. ADER
Professeur ALBAREDE	Professeur Y. LAZORTHES
Professeur CONTÉ	Professeur L. LARENG
Professeur MURAT	Professeur F. JOFFRE
Professeur MANELFE	Professeur J. CORBERAND
Professeur LOUVET	Professeur B. BONEU
Professeur SARRAMON	Professeur H. DABERNAT
Professeur CARATERO	Professeur M. BOCCALON
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL	Professeur B. MAZIERES
Professeur COSTAGLIOLA	Professeur E. ARLET-SUAU
	Professeur J. SIMON

<b>P.U. - P.H.</b> Classe Exceptionnelle et 1ère classe		<b>P.U. - P.H.</b> 2ème classe	
M. ADOUE D.	Médecine Interne, Gériatrie	Mme BEYNE-RAUZY O.	Médecine Interne
M. AMAR J.	Thérapeutique	M. BIRMES Ph.	Psychiatrie
M. ATTAL M. (C.E)	Hématologie	M. BROUCHET L.	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. AVET-LOISEAU H	Hématologie, transfusion	M. BUREAU Ch	Hépatogastro-entéro
M. BLANCHER A.	Immunologie (option Biologique)	M. CALVAS P.	Génétique
M. BONNEVIALLE P.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.	M. CARRERE N.	Chirurgie Générale
M. BOSSAVY J.P.	Chirurgie Vasculaire	Mme CASPER Ch.	Pédiatrie
M. BRASSAT D.	Neurologie	M. CHAIX Y.	Pédiatrie
M. BROUSSET P. (C.E)	Anatomie pathologique	Mme CHARPENTIER S.	Thérapeutique, méd. d'urgence, addict
M. BUGAT R. (C.E)	<i>Cancérologie</i>	M. COGNARD C.	Neuroradiologie
M. CARRIE D.	Cardiologie	M. DE BOISSEZON X.	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. CHAP H. (C.E)	Biochimie	M. FOURNIE B.	Rhumatologie
M. CHAUVEAU D.	Néphrologie	M. FOURNIÉ P.	Ophthalmologie
M. CHOLLET F. (C.E)	Neurologie	M. GAME X.	Urologie
M. CLANET M. (C.E)	Neurologie	M. GEERAERTS T.	Anesthésiologie et réanimation chir.
M. DAHAN M. (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque	Mme GENESTAL M.	Réanimation Médicale
M. DEGUINE O.	O. R. L.	M. LAROCHE M.	Rhumatologie
M. DUCOMMUN B.	Cancérologie	M. LAUWERS F.	Anatomie
M. FERRIERES J.	Epidémiologie, Santé Publique	M. LEOBON B.	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. FOURCADE O.	Anesthésiologie	M. MAZIERES J.	Pneumologie
M. FRAYSSE B. (C.E)	O.R.L.	M. MOLINIER L.	Epidémiologie, Santé Publique
M. IZOPET J. (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. OLIVOT J-M	Neurologie
Mme LAMANT L.	Anatomie Pathologique	M. PARANT O.	Gynécologie Obstétrique
M. LANG T.	Biostatistique Informatique Médicale	M. PARIENTE J.	Neurologie
M. LANGIN D.	Nutrition	M. PATHAK A.	Pharmacologie
M. LAUQUE D. (C.E)	Médecine Interne	M. PAUL C.	Dermatologie
M. LIBLAU R. (C.E)	Immunologie	M. PAYOUX P.	Biophysique
M. MAGNAVAL J.F.	Parasitologie	M. PAYRASTRE B.	Hématologie
M. MALAVAUD B.	Urologie	M. PORTIER G.	Chirurgie Digestive
M. MANSAT P.	Chirurgie Orthopédique	M. PERON J.M.	Hépatogastro-entérologie
M. MARCHOU B.	Maladies Infectieuses	M. RONCALLI J.	Cardiologie
M. MONROZIES X.	Gynécologie Obstétrique	M. SANS N.	Radiologie
M. MONTASTRUC J.L. (C.E)	Pharmacologie	Mme SAVAGNER F.	Biochimie et biologie moléculaire
M. MOSCOVICI J.	Anatomie et Chirurgie Pédiatrique	Mme SELVES J.	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme MOYAL E.	Cancérologie	M. SOL J-Ch.	Neurochirurgie
Mme NOURHASHEMI F.	Gériatrie		
M. OLIVES J.P. (C.E)	Pédiatrie		
M. OSWALD E.	Bactériologie-Virologie		
M. PARINAUD J.	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.		
M. PERRET B (C.E)	Biochimie		
M. PRADERE B. (C.E)	Chirurgie générale		
M. RASCOL O.	Pharmacologie	<b>P.U.</b>	
M. RECHER Ch.	Hématologie	M. OUSTRIC S.	Médecine Générale
M. RISCHMANN P. (C.E)	Urologie		
M. RIVIERE D. (C.E)	Physiologie		
M. SALES DE GAUZY J.	Chirurgie Infantile		
M. SALLES J.P.	Pédiatrie		
M. SERRE G. (C.E)	Biologie Cellulaire		
M. TELMON N.	Médecine Légale		
M. VINEL J.P. (C.E)	Hépatogastro-entérologie		

<b>P.U. - P.H.</b> Classe Exceptionnelle et 1ère classe		<b>P.U. - P.H.</b> 2ème classe	
M. ACAR Ph.	Pédiatrie	M. ACCADBLE F.	Chirurgie Infantile
M. ALRIC L.	Médecine Interne	Mme ANDRIEU S.	Epidémiologie
M. ARLET Ph. (C.E)	Médecine Interne	M. ARBUS Ch.	Psychiatrie
M. ARNAL J.F.	Physiologie	M. BERRY A.	Parasitologie
Mme BERRY I.	Biophysique	M. BONNEVILLE F.	Radiologie
M. BOUTAULT F. (C.E)	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale	M. BUJAN L.	Uro-Andrologie
M. BUSCAIL L.	Hépto-Gastro-Entérologie	Mme BURA-RIVIERE A.	Médecine Vasculaire
M. CANTAGREL A.	Rhumatologie	M. CHAYNES P.	Anatomie
M. CARON Ph. (C.E)	Endocrinologie	M. CHAUFOUR X.	Chirurgie Vasculaire
M. CHAMONTIN B. (C.E)	Thérapeutique	M. CONSTANTIN A.	Rhumatologie
M. CHAVOIN J.P. (C.E)	Chirurgie Plastique et Reconstructive	M. DELOBEL P.	Maladies Infectieuses
M. CHIRON Ph.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie	Mme DULY-BOUHANICK B.	Thérapeutique
Mme COURTADE SAIDI M.	Histologie Embryologie	M. COURBON	Biophysique
M. DELABESSE E.	Hématologie	M. DAMBRIN C.	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
Mme DELISLE M.B. (C.E)	Anatomie Pathologie	M. DECRAMER S.	Pédiatrie
M. DIDIER A.	Pneumologie	M. DELORD JP.	Cancérologie
M. ELBAZ M.	Cardiologie	M. GALINIER Ph.	Chirurgie Infantile
M. GALINIER M.	Cardiologie	M. GARRIDO-STÖWHAS I.	Chirurgie Plastique
M. GERAUD G.	Neurologie	Mme GOMEZ-BROUCHET A.	Anatomie Pathologique
M. GLOCK Y.	Chirurgie Cardio-Vasculaire	M. GROLLEAU RAOUX J.L.	Chirurgie plastique
M. GOURDY P.	Endocrinologie	Mme GUIMBAUD R.	Cancérologie
M. GRAND A. (C.E)	Epidémio. Eco. de la Santé et Prévention	M. HUYGHE E.	Urologie
Mme HANAIRE H. (C.E)	Endocrinologie	M. LAFOSSE JM.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. KAMAR N.	Néphrologie	M. LEGUEVAQUE P.	Chirurgie Générale et Gynécologique
M. LARRUE V.	Neurologie	M. MARCHEIX B.	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. LAURENT G. (C.E)	Hématologie	M. MARQUE Ph.	Médecine Physique et Réadaptation
M. LEVADE T.	Biochimie	Mme MAZEREEUW J.	Dermatologie
M. MALECAZE F. (C.E)	Ophtalmologie	M. MINVILLE V.	Anesthésiologie Réanimation
Mme MARTY N.	Bactériologie Virologie Hygiène	M. MUSCARI F.	Chirurgie Digestive
M. MASSIP P.	Maladies Infectieuses	M. OTAL Ph.	Radiologie
M. PLANTE P.	Urologie	M. ROLLAND Y.	Gériatrie
M. RAYNAUD J-Ph.	Psychiatrie Infantile	M. ROUX F.E.	Neurochirurgie
M. RITZ P.	Nutrition	M. SAILLER L.	Médecine Interne
M. ROCHE H. (C.E)	Cancérologie	M. SOULAT J.M.	Médecine du Travail
M. ROSTAING L. (C.E).	Néphrologie	M. TACK I.	Physiologie
M. ROUGE D. (C.E)	Médecine Légale	M. VAYSSIERE Ch.	Gynécologie Obstétrique
M. ROUSSEAU H.	Radiologie	M. VERGEZ S.	O.R.L.
M. SALVAYRE R. (C.E)	Biochimie	Mme URO-COSTE E.	Anatomie Pathologique
M. SCHMITT L. (C.E)	Psychiatrie		
M. SENARD J.M.	Pharmacologie		
M. SERRANO E. (C.E)	O. R. L.		
M. SOULIE M.	Urologie		
M. SUC B.	Chirurgie Digestive		
Mme TAUBER M.T.	Pédiatrie		
M. VELLAS B. (C.E)	Gériatrie		

<b>M.C.U. - P.H.</b>		<b>M.C.U. - P.H.</b>	
M. APOIL P. A	Immunologie	Mme ABRAVANEL F.	Bactério. Virologie Hygiène
Mme ARNAUD C.	Epidémiologie	M. BES J.C.	Histologie - Embryologie
M. BIETH E.	Génétique	M. CMBUS J.P.	Hématologie
Mme BONGARD V.	Epidémiologie	Mme CANTERO A.	Biochimie
Mme CASPAR BAUGUIL S.	Nutrition	Mme CARFAGNA L.	Pédiatrie
Mme CASSAING S.	Parasitologie	Mme CASSOL E.	Biophysique
Mme CONCINA D.	Anesthésie-Réanimation	Mme CAUSSE E.	Biochimie
M. CONGY N.	Immunologie	M. CHASSAING N	Génétique
Mme COURBON	Pharmacologie	Mme CLAVE D.	Bactériologie Virologie
Mme DAMASE C.	Pharmacologie	M. CLAVEL C.	Biologie Cellulaire
Mme de GLISEZENSKY I.	Physiologie	Mme COLLIN L.	Cytologie
Mme DELMAS C.	Bactériologie Virologie Hygiène	M. CORRE J.	Hématologie
Mme DE-MAS V.	Hématologie	M. DEDOUIT F.	Médecine Légale
M. DUBOIS D.	Bactériologie Virologie Hygiène	M. DELPLA P.A.	Médecine Légale
Mme DUGUET A.M.	Médecine Légale	M. DESPAS F.	Pharmacologie
M. DUPUI Ph.	Physiologie	M. EDOUARD T	Pédiatrie
Mme FILLAUX J.	Parasitologie	Mme ESQUIROL Y.	Médecine du travail
M. GANTET P.	Biophysique	Mme ESCOURROU G.	Anatomie Pathologique
Mme GENNERO I.	Biochimie	Mme GALINIER A.	Nutrition
Mme GENOUX A.	Biochimie et biologie moléculaire	Mme GARDETTE V.	Epidémiologie
M. HAMDI S.	Biochimie	M. GASQ D.	Physiologie
Mme HITZEL A.	Biophysique	Mme GRARE M.	Bactériologie Virologie Hygiène
M. IRIART X.	Parasitologie et mycologie	Mme GUILBEAU-FRUGIER C.	Anatomie Pathologique
M. JALBERT F.	Stomato et Maxillo Faciale	Mme GUYONNET S.	Nutrition
M. KIRZIN S	Chirurgie générale	Mme INGUENEAU C.	Biochimie
Mme LAPEYRE-MESTRE M.	Pharmacologie	M. LAHARRAGUE P.	Hématologie
M. LAURENT C.	Anatomie Pathologique	M. LAIREZ O.	Biophysique et médecine nucléaire
Mme LE TINNIER A.	Médecine du Travail	M. LEANDRI R.	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LOPEZ R.	Anatomie	M. LEPAGE B.	Biostatistique
M. MONTOYA R.	Physiologie	Mme MAUPAS F.	Biochimie
Mme MOREAU M.	Physiologie	M. MIEUSSET R.	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire	Mme PERIQUET B.	Nutrition
M. PILLARD F.	Physiologie	Mme NASR N.	Neurologie
Mme PRERE M.F.	Bactériologie Virologie	Mme PRADDAUDE F.	Physiologie
Mme PUISSANT B.	Immunologie	M. RIMAILHO J.	Anatomie et Chirurgie Générale
Mme RAGAB J.	Biochimie	M. RONGIERES M.	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme RAYMOND S.	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme SOMMET A.	Pharmacologie
Mme SABOURDY F.	Biochimie	M. TKACZUK J.	Immunologie
Mme SAUNE K.	Bactériologie Virologie	M. VALLET P.	Physiologie
M. SILVA SIFONTES S.	Réanimation	Mme VEZZOSI D.	Endocrinologie
M. SOLER V.	Ophtalmologie		
M. TAFANI J.A.	Biophysique		
M. TREINER E.	Immunologie		
Mme TREMOLLIERS F.	Biologie du développement		
M. TRICOIRE J.L.	Anatomie et Chirurgie Orthopédique		
M. VINCENT C.	Biologie Cellulaire		
			<b>M.C.U.</b>
		M. BISMUTH S.	Médecine Générale
		Mme ROUGE-BUGAT ME	Médecine Générale
		Mme ESCOURROU B.	Médecine Générale

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr STILLMUNKES A.  
Dr BRILLAC Th.  
Dr ABITTEBOUL Y.  
Dr CHICOULAA B.

Dr BISMUTH M  
Dr BOYER P.  
Dr ANE S.

## **Remerciements**

### ***Aux membres du jury :***

**Monsieur le Professeur Jean-Marc Soulat,**

Professeur des Universités

Praticien Hospitalier

Médecine du travail

Je vous remercie pour votre implication dans notre formation à Toulouse. Vous nous avez offert la possibilité d'être acteur de notre avenir, avec la création de l'ANIMT, de «toucher du doigt » notre futur métier, avec des formations complémentaires (management, gestion de projet, maintien dans l'emploi et j'en oublie !) et des stages toujours plus intéressants.

Je suis honorée que vous présidiez ce jury.

Veuillez recevoir toute ma gratitude et mon profond respect.

**Monsieur le Professeur Patrick Brochard**

Professeur des Universités

Praticien Hospitalier

Médecine du travail

Acceptez notre reconnaissance pour l'honneur que vous nous faites en siégeant à notre jury et pour votre enseignement de qualité dispensé à Bordeaux.

Soyez assuré de notre sincère considération.

**Monsieur le Professeur Michel Druet-Cabanac**

Professeur des Universités

Praticien Hospitalier

Médecine du travail

Tous nos remerciements pour l'intérêt porté sur ce travail de thèse et pour la richesse de votre enseignement dispensé à Limoges. Vous nous faites l'honneur de siéger à notre jury, soyez certain de notre profond respect.

**Madame le Professeur Isabelle Baldi**

Professeur des Universités

Praticien Hospitalier

Médecine du travail

Toute notre gratitude pour votre participation au jury et la valeur de votre enseignement dispensé à Bordeaux.

Acceptez notre respectueuse considération.

**Madame le Docteur Yolande Esquirol**

Maître de Conférences des Universités

Praticien Hospitalier

Médecine du travail

Je vous remercie pour votre enseignement tant à la faculté que dans le service de Maladies Professionnelles et Environnementales. Vous avez su faire grandir notre intérêt pour la spécialité. Je suis honorée de vous voir siéger à mon jury de thèse. Veuillez recevoir toute ma gratitude et mon profond respect.

**Madame le Docteur Catherine Verdun-Esquer**

Praticien Hospitalier

Médecine du travail

Nous vous remercions pour votre participation à notre jury de thèse et pour la qualité de l'enseignement dispensé à Bordeaux.

Soyez assurée de notre sincère déférence.

## ***A ma directrice de thèse :***

**Madame le Docteur Séverine Lahille**

Médecin du travail

Je te remercie pour ta disponibilité, ton aide et ton soutien tout au long de ce projet, pour ces heures passées dans ton bureau ou au téléphone.

Même si cela n'a pas toujours été facile, j'espère que cette première expérience en tant que directrice de thèse aura été enrichissante pour toi comme elle l'a été pour moi.

Soit certaine de ma profonde et respectueuse reconnaissance pour m'avoir permis de réaliser ce travail.

D'abord ma maître de stage, puis ma directrice de thèse, maintenant mon amie, j'espère que nous aurons l'occasion de collaborer sur d'autres projets dans l'avenir.

## ***A ma famille :***

### **A mon mari : Cédric**

Je t'ai rencontré pendant ma 1<sup>ère</sup> année de médecine...

Tu as su être présent à mes côtés tout au long de mes études. Tu as cru en moi quand je doutais, tu m'as soutenu quand je m'épuisais.

J'espère que tu seras fier de moi et de ce travail de thèse. Il clôture un chapitre de notre vie, et le prochain est déjà plein de projets.

Merci pour tout.

### **A mes enfants : Nathan et Alicia**

Vous avez ponctué mon internat et enrichi ma vie. Même si ce n'était pas toujours facile de concilier études et rôle de maman, vous m'avez donné l'envie de me dépasser, pour que vous soyez fiers de moi plus tard. Merci mes trésors pour l'amour sans modération que vous m'offrez chaque jour.

### **A mes parents :**

Merci de m'avoir aidé à croire en moi, en mes rêves, de m'avoir toujours soutenu dans mes projets. Vous avez tout fait pour que je puisse réaliser des études qui me plaisent, cette thèse en est l'aboutissement. Je n'en serais pas là où j'en suis aujourd'hui sans votre bienveillance et votre écoute.

### **Sans oublié mes petites sœurs : Laura et Emma**

Vous avez toujours été là pour moi, peu importe les distances... Merci mes « grandes » petites sœurs.

## ***A mes amis :***

### **A ma meilleure amie : Hédia**

Nous avons commencé cette aventure ensemble...

Même si les aléas de la vie ont séparés nos chemins, tu a toujours été là pour me soutenir, me conseiller, partager les bons comme les mauvais moments.

Tu as su me redonner confiance tout au long de ce projet de thèse (comme pendant nos deux 1<sup>ère</sup> années de médecine). Je ne te remercierais jamais assez de faire partie de ma vie.

### **A la fine équipe Toulousaine des internes en Médecine du Travail :**

Merci pour ces 4 années d'internat géniales, pleines d'entraide, de fous rires, de covoyages délirants, de situations improbables, et j'en oublie.

Merci à Mathias (le seul rescapé de ma promo), Chachou, Chrichri, Tomtom, Hélène, Argane, Steph et les autres... Je ne regrette en rien d'avoir été obligée de quitter ma région pour faire mon internat à Toulouse. J'ai tendance à croire que toute chose arrive pour une raison : avoir pu partager tous ces moments avec vous en est une bonne.

### **A mes rencontres Toulousaines :**

Merci à Nanou, elle a été un de nos repères dans cette nouvelle vie loin de chez nous. Mes enfants ont de la chance de l'avoir eu comme nounou.

Merci à Anne-laure et Sylvain, pour leur amitié et leur soutien dans des moments pas toujours faciles quand on est seul dans une région inconnue. Et merci pour leur aide pour mon résumé en anglais !

Merci à mon directeur, Antoine, pour son soutien et son écoute lors de ma première prise de poste (et pour l'impression de ma thèse aussi).

## SERMENT MEDICAL

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

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

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

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer leurs consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

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

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

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

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

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

**Évaluation de l'apport d'une commission maintien dans l'emploi  
dans la Fonction Publique Territoriale**

## TABLE DES MATIERES

ACRONYMES .....	3
INTRODUCTION .....	4
I. Justifications de l'étude.....	5
A. Contexte.....	5
1. Cadre juridique d'intervention et missions des Centres de Gestion de la Fonction Publique Territoriale (CDG) .....	5
2. Le FIPHFP et ses conventions.....	7
3. La Commission Maintien dans l'Emploi du CDG31 (CME).....	10
4. La complexité des statuts et des droits (concernant la santé) dans la Fonction Publique Territoriale (FPT).....	14
B. Enjeux.....	16
1. Absentéisme et coût.....	16
2. Reclassement et licenciement dans la FPT .....	19
C. Objectifs principal et secondaires .....	22
1. Objectif Principal :.....	22
2. Objectifs secondaires.....	22
II. Matériel et Méthode.....	23
III. Résultats .....	26
A. Description de la population.....	26
1. Les collectivités.....	26
2. Les agents .....	27
B. Évaluation de la CME .....	32
1. Les collectivités.....	32
2. Les agents .....	34
IV. Discussion .....	38
A. Interprétation des résultats.....	38
B. Points forts et points faibles de la CME .....	41
C. Axes d'améliorations de la CME.....	50
Conclusion .....	53
Bibliographie.....	54
Annexes : .....	58

## ACRONYMES<sup>1</sup>

**FPT** : Fonction Publique Territoriale

**CDG** : Centre de Gestion (de la Fonction Publique Territoriale)

**FIPHFP** : fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique

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

**CME** : Commission Maintien dans l'Emploi

**CNFPT** : Centre National de la Fonction Publique Territoriale

**MDPH** : Maison Départementale des Personnes Handicapées

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

**GIRPEH** : Groupe Interprofessionnel Régional pour la Promotion de l'Emploi des personnes Handicapées

**GIRPEHTech** : Centre de Ressources à visée professionnelle créé par leGIRPEH

**CNRACL** : Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales (régime spécial de sécurité sociale)

**CMO** : Congé Maladie ordinaire

**CLM** : Congé Longue Maladie

**CLD** : Congé Longue Durée

**AT** : Accident de travail/Accident de service

**MP** : Maladie professionnelle/Maladie contractée en service

**SIASP** : Système d'information sur les agents de la Fonction Publique (Insee)

**CTP** : Comité Technique Paritaire

**RTT** : Retour au Travail Thérapeutique

**CPAM** : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

**ENIM** : Établissement National des Invalides de la Marine

**MSA** : Mutualité Sociale Agricole

**CSFPT** : Conseil Supérieur de la Fonction Publique Territoriale

**DGAFP** : Direction Générale de l'Administration et de la Fonction Publique

**DGCL** : Direction Générale des Collectivités Locales.

---

<sup>1</sup> Par ordre d'apparition dans le texte

## INTRODUCTION

Le maintien dans l'emploi des travailleurs est devenu un enjeu majeur de notre société. En effet de nombreux facteurs sont à prendre en compte tels que l'allongement des carrières professionnelles, la pénibilité de certains postes et les difficultés du marché de l'emploi. Ces éléments justifient l'importance qui doit être donnée aux actions favorisant l'adaptation des postes aux conditions de santé.

Pour le médecin du travail, le maintien dans l'emploi prend une place importante dans son activité. Même si le point de départ de la démarche est un problème médical, c'est bien la prise en charge pluridisciplinaire qui a prouvé sa valeur ajoutée dans le retour au travail des travailleurs blessés ou handicapés.

Les petites collectivités sont fortement représentées dans la Fonction Publique Territoriale. Dans ces collectivités, l'aménagement d'un poste de travail ou le reclassement d'un agent est une démarche souvent très complexe compte tenu des moyens limités et de la taille de la structure. Les Centres de Gestions ont comme mission principale la gestion de l'emploi territorial pour toutes les collectivités dont l'effectif est inférieur à 350 agents. Ils disposent ainsi d'une position stratégique pour relayer au niveau local la politique de maintien dans l'emploi menée par le FIPHFP.

Suite à la signature d'une convention entre le CDG31 et le FIPHFP en 2010, une Commission maintien dans l'emploi a été créée. Ses objectifs principaux : conseiller les collectivités en matière de protection sociale, mobilisation d'aides financières, aménagements de poste et reclassements des agents. Comme dans tous projets, l'évaluation (quantitative et qualitative) des actions mises en place est une étape indispensable. Le but de cette étude était d'évaluer l'apport de la commission dans l'emploi au sein du Pôle Santé du CDG 31 en identifiant les freins rencontrés par la commission et les leviers d'amélioration possibles.

Notre démarche fut de comptabiliser et d'analyser les dossiers inclus dans cette commission sur sa 1<sup>ère</sup> année de fonctionnement (2012), et de recueillir le ressenti des 2 parties prenantes : la collectivité et l'agent concerné par le maintien dans l'emploi. Une revue de la littérature sur les pratiques en matière de retour au travail précoce a été réalisée en parallèle.

Certaines problématiques avaient déjà été repérées par les intervenants de la CME. Cette étude entendait donner une vision objective et critique du fonctionnement de la CME et de proposer des axes d'amélioration.

# I. Justifications de l'étude

## A. Contexte

### 1. Cadre juridique d'intervention et missions des Centres de Gestion de la Fonction Publique Territoriale (CDG)

Les CDG sont des établissements publics à caractère administratif, créés dans chaque département (sauf en Ile de France où il en existe deux).

Ils sont dirigés par un conseil d'administration composé de 15 à 30 représentants élus des collectivités territoriales et des établissements publics affiliés.

L'affiliation est obligatoire pour les communes et les établissements publics dont l'effectif est inférieur à 350 agents. Elle est volontaire pour les autres.

Leurs missions sont définies par la loi n°84-53 du 26 janvier 1984 renforcées par la loi n°2007-209 du 19 février 2007. La majorité concerne l'emploi et la gestion des carrières. Par exemple, l'article 23-I de la loi de 1984 leur confèrent une « [...] mission générale d'information sur l'emploi public territorial, y compris l'emploi des personnes handicapées, pour l'ensemble des collectivités et établissements publics, des agents territoriaux ». Ils sont chargés d'établir un bilan de la situation de l'emploi public territorial et de la gestion des ressources humaines. Ils élaborent les perspectives à moyen terme d'évolution des emplois et des compétences afin d'établir les besoins de recrutement.

Ces missions se répartissent en deux catégories :

- des **missions obligatoires**, telles que : organisation des concours et des examens professionnels (des catégories A, B et C), assistance juridique statutaire, secrétariat des instances médicales (comité médical, commission de réforme), gestion de l'emploi territorial (ex : publicité des créations et vacances d'emplois) et des comptes retraite, instances du personnel ;
- des **missions optionnelles**, décidées par le conseil d'administration, répondant à un besoin des collectivités affiliées.

Depuis plusieurs années, le CDG 31 a développé une politique en termes de santé au travail, notamment par l'intermédiaire de ses missions optionnelles.

En 2012, le pôle santé s'organisait de la manière suivante :

- un service « Médecine préventive », composé de 13 médecins, d'une responsable administrative et d'assistantes santé de secteur ;
- un service « Prévention et conditions de travail », constitué de 4 consultants, d'un responsable service ainsi que d'une assistante ;
- une commission « Maintien dans l'emploi », animée par une coordinatrice,
- un service « Mobilité et dynamiques professionnelles », représenté par une psychologue du travail;
- un service « Assurance statutaire » structuré autour d'un responsable et de 3 conseillères assurance et protection sociale ;
- Un juriste, en support pour l'ensemble du pôle, pour les questions statutaires et de protection sociale.

Le CDG31 a le statut de centre coordinateur régional des CDG Midi-Pyrénées en matière de concours et d'examens professionnels ainsi qu'en matière d'accompagnement au retour à l'emploi des fonctionnaires momentanément privés d'emploi.

## 2. Le FIPHFP et ses conventions

### a) Le FIPHFP :

Il s'agit d'un établissement à caractère administratif géré par la Caisse des Dépôts, créé en 2006 dans le cadre de la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

Le FIPHFP a pour but de favoriser grâce à une politique incitative, le recrutement des personnes handicapées dans les 3 fonctions publiques et d'aider au maintien dans l'emploi de ces personnes.

Ce fond est alimenté par la contribution financière des employeurs publics de plus de 20 agents temps plein ou équivalent qui n'atteignent pas le taux d'emploi légal de 6% de travailleurs handicapés. Il est le pendant de l'AGEFIPH dans la fonction publique. D'ailleurs, depuis 2008, une coopération entre les deux organisations a été initiée. Cette coopération s'est traduite par la mobilisation de réseaux : SAMETH, GIRPEHTech, CAP EMPLOI (qui a permis par exemple de proposer aux personnes handicapées des opportunités d'embauche quelque soit l'employeur : entreprises privées, associations, Fonctions Publiques d'Etat, Territoriale et Hospitalière).

L'ensemble des employeurs publics, quelque soit leur effectif, peuvent bénéficier des financements du FIPHFP. Ces financements peuvent prendre deux formes :

#### 1) **des aides ponctuelles :**

- techniques ou humaines, d'adaptation des postes de travail (aménagement de postes, rémunérations d'une aide humaine, formations, interprète, achat de matériels tels que : prothèses, orthèses, fauteuils, transport...)
- de sensibilisation des acteurs (formation et informations du collectif de travail en relation avec l'agent handicapé).
- pour favoriser l'insertion professionnelle (bilan de compétences, formations, politique globale de maintien dans l'emploi...)

- 2) **des conventions pluriannuelles** : démarche proposée aux employeurs publics qui initient la mise en place d'une politique d'emploi des personnes handicapées visant le taux de 6% fixé par la loi.

### **b) Les Conventions**

Les conventions du FIPHFP s'adressaient principalement aux employeurs publics dont l'effectif est supérieur à 550 agents (quelques exemples dans la région Midi-Pyrénées : Commune de Colomiers, Centre Hospitalier Universitaire de Toulouse, Conseil Général du Gers). Depuis 2008, le FIPHFP développe une politique de conventionnement avec les CDG, afin de faire connaître ses différentes actions aux plus petites collectivités.

En effet, les CDG sont déjà connus auprès des petites et moyennes collectivités comme référent en termes de conseils en ressources humaines et ils ont la capacité de mutualiser de nombreuses ressources. Cela permet ainsi au FIPHFP de constituer un vrai réseau relais de sa politique auprès de ces collectivités.

Ces dernières n'ont généralement pas les ressources (budget, personnel) pour la mise en œuvre d'actions répondant aux objectifs de la loi de 2005. Et elles ne connaissent pas toujours les aides proposées par le FIPHFP ni les démarches à réaliser pour les obtenir.

Une convention avec le FIPHFP est un contrat par lequel l'employeur public s'engage à mettre en œuvre une série d'actions. Elles sont déterminées en fonction du contexte de la collectivité et de l'évolution prévisionnelle de ses effectifs afin de recruter et de maintenir dans l'emploi des personnes en situation de handicap.

En contrepartie, le FIPHFP finance les actions engagées dans le cadre du budget accordé.

Une convention a une durée de 3 ans. Elle peut être renouvelée à son échéance. L'employeur qui a conventionné a des obligations en matière de suivi de la convention. Il doit adresser chaque année un bilan d'activités permettant de justifier des actions mises en œuvre, des dépenses engagées et des résultats en termes de recrutements et de maintiens dans l'emploi. La production des bilans annuels conditionne le versement des fonds. Par ailleurs, l'employeur s'engage à désigner un correspondant handicap pour gérer la convention.

En 2013, 77 CDG avaient déjà signé une convention avec le FIPHFP (taux de couverture 82%). Ainsi entre 2008 et 2011 : 5843 agents ont pu bénéficier d'une action de maintien dans l'emploi dans le cadre de ces conventions<sup>2</sup>.

Grâce à ces conventionnements, de nombreux CDG ont pu renforcer leurs équipes par la création d'une cellule ou d'un service consacré au handicap, comme ce fut le cas pour le CDG 31 avec la commission maintien dans l'emploi. De nombreux CDG ont mis en place par la suite des réseaux avec d'autres organismes en lien avec le recrutement et le maintien au travail de personnes en situation de handicap (SAMETH, GIRPEH/GIRPEHTech, CAP EMPLOI).

---

<sup>2</sup> Source : *Présentation FIPHFP*, Rencontre Nationale des directeurs des CDG/FIPHFP, 22/02/2013

### **3. La Commission Maintien dans l'Emploi du CDG31 (CME)**

Le CDG 31 a signé une convention avec le FIPHFP le 23 décembre 2010, pour une durée de 3 ans.

Cette convention se déclinait en 3 axes d'actions :

- Sensibilisation et informations sur les problématiques du handicap,
- Accompagnement du recrutement des personnes en situation de handicap,
- Reclassement et maintien dans l'emploi des agents.

Les objectifs de ce dernier axe étaient de favoriser des actions d'intégration, de soutien au parcours professionnel, et de maintien dans l'emploi de personnes en situation de handicap et/ou de reclassement professionnel en cas d'inaptitude. L'objectif chiffré était de 435 dossiers suivis sur la durée de la convention<sup>3</sup>.

L'animateur de la convention du CDG31, psychologue du travail, a pour missions :

- d'informer et de sensibiliser les collectivités territoriales sur les dispositions de la convention,
- veiller à leur mise en œuvre,
- apporter de nouvelles propositions (résultats d'une démarche de recherches de ce qui est fait dans d'autres institutions), développer un réseau de partenariats (CAP Emploi, CNFPT, MDPH...)
- éditer les bilans intermédiaires pour le FIPHFP (condition de déblocage des fonds au titre de la convention).

La CME fut créée en 2011 et opérationnelle à partir du 19 septembre 2011. Elle a une double vocation :

- accompagner les collectivités pour maintenir un agent ayant des difficultés médicales à garder son emploi et répondre ainsi à leurs obligations en tant qu'employeur ;
- tracer les actions engagées par le CDG31 auprès des collectivités pour chaque dossier et comptabiliser le nombre de dossiers pour valider l'objectif quantitatif imposé par le FIPHFP.

---

<sup>3</sup> Source : *Bilan intermédiaire de la Convention n°2010-231 FIPHFP*, CDG31, 2011

En effet, avant 2011, il y avait des actions de maintiens dans l'emploi d'agents ayant des problématiques de santé. Mais il n'y avait pas de traçabilité de ces actions, ni de leur devenir, et donc aucune évaluation possible.

Concernant l'accompagnement des collectivités, la CME proposait : des actions de prévention des ruptures professionnelles, le pilotage des démarches des collectivités auprès du FIPHFP (demande de financements), des conseils aux collectivités sur les questions de protection sociale pour les accompagner dans leur prise de décision.

La saisine de la CME se fait via une fiche de signalement. Les sources d'alerte sont :

- le médecin de prévention (*Annexe 1*),
- la collectivité (*Annexe 2*),
- les services assurance ou emploi.

La coordinatrice de la CME réalise un prétraitement des fiches de saisine (récupération dernière fiche de visite, fiche de poste, informations sur la collectivité) avant la réunion pluridisciplinaire bimensuelle. Elle peut, si nécessaire s'entretenir avec le médecin de prévention de la collectivité afin de mieux cerner le contexte.

Au cours de cette réunion, une réflexion globale est menée pour chaque nouveau dossier : actions pouvant être proposées, répartition des tâches, finalité de la démarche (reclassement ou maintien). Un état des lieux de l'avancement des dossiers en cours est également fait.

Chaque dossier doit aboutir à une première prise de contact par la coordinatrice de la CME avec la collectivité employeur. Après accord de cette dernière, il y a proposition d'un plan d'accompagnement individualisé qui engage le CDG31, la collectivité et l'agent. Cette contractualisation a été jugée nécessaire pour obtenir que tous les acteurs du dispositif soient participatifs.

Ce plan d'accompagnement se décline généralement sous la forme : d'aménagements de poste (achat de matériel, étude ergonomique, demande de subvention au FIPHFP, conseils en organisation...) ou d'un accompagnement

organisationnel et administratif au reclassement sur un autre poste ou emploi (bilan de compétences, formation professionnelle, suivi statutaire).

Pour mettre en œuvre ces propositions, le CDG31 peut compter sur de nombreuses compétences en interne.

En effet, lors de chaque réunion de la CME, il y a un représentant :

- du service de « Médecine préventive » : qui apporte des précisions sur les restrictions et les capacités restantes de l'agent, tout en respectant le secret médical.
- du service « Prévention et conditions de travail » : qui évalue la faisabilité d'une étude de poste selon le contexte de la collectivité.

Ces 2 compétences assurent l'adaptation de l'accompagnement aux réalités du terrain.

- du service « Assurance » : qui peut amener des moyens (possibilité de réalisation de sessions d'informations, de formations par l'Assureur) et des arguments financiers pour justifier auprès de la collectivité la nécessité d'une action.
- du service « Mobilité et dynamique professionnelle », qui est spécialisé dans la réalisation des bilans de compétences (analyse des motivations, du parcours et des compétences professionnelles). En cas de reclassement pour inaptitude physique au poste, cela permet de faciliter l'évolution du parcours professionnel de l'agent (par exemples : stages de mise en situation que ce soit dans la collectivité d'origine ou non, plan de formation en collaboration avec le CNFPT).
- de l'administration : en cas de frein de la part de la collectivité, la direction envoie alors un courrier rappelant que le rôle de la CME n'est pas de valider l'absence de reclassement possible mais d'aider à aller au bout de la démarche. C'est un soutien qui peut s'avérer très utile, dans un contexte très politique.
- Le juriste est présent pour s'assurer que les propositions faites cadrent bien au niveau statutaire.

En 2011, le lancement de la CME fut hésitant, avec peu de signalements, des difficultés de discussion autour d'un cas tout en respectant le secret médical, des modes de fonctionnements à modifier pour permettre le partage d'informations et le travail collaboratif. Particulièrement entre les médecins de prévention et l'équipe pluridisciplinaire : les médecins étaient habitués à travailler seuls et surtout à organiser le maintien dans l'emploi directement avec la collectivité. Il était difficile de tracer l'ensemble des actions réalisées et les médecins étaient souvent confrontés à leur méconnaissance des statuts. Ils ont vécu la création de la CME comme quelque chose d'imposé et non comme un outil à leur disposition.

Une fois l'utilité de la CME démontrée, l'adhésion des médecins à la démarche s'est généralisée. Les signalements émanant des médecins ont augmenté progressivement, permettant d'atteindre les objectifs définis par la 1<sup>ère</sup> convention. Il y avait également peu de retour des collectivités suite aux propositions émises, à cause d'un manque de communications sur les objectifs et le fonctionnement de la CME.

Lors de la création de cette CME, il y avait aussi la volonté de mettre en place une évaluation à X mois après la fin de chaque intervention de la CME.

Le sujet de cette thèse a donc été accepté avec enthousiasme par le CDG car il apportait une réponse potentielle à ce besoin.

#### **4. La complexité des statuts et des droits (concernant la santé) dans la Fonction Publique Territoriale (FPT)**

Les droits à congés (pour raisons médicales) diffèrent selon le statut de l'agent :

- fonctionnaires (titulaires et stagiaires) affiliés à la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales (CNRACL) : temps complet (temps plein ou partiel) ou temps non complet avec une durée de service  $\geq 28$ h/semaine<sup>4</sup>.
- fonctionnaires non CNRACL (titulaire ou stagiaire, temps de travail  $< 28$ h/semaine)<sup>5</sup> ;
- agents non titulaires de droit public<sup>6</sup>
- agents non titulaires de droit privé<sup>7</sup>.

Les contractuels de droit privé (contrats aidés, apprentis...) sont soumis au même régime que les salariés du secteur privé. Ils sont régis par toutes les dispositions du code du travail, et dépendent de la sécurité sociale.

Les fonctionnaires sont affiliés à des régimes spéciaux de sécurité sociale. Ils concernent: les assurances maladie, maternité, décès et invalidité<sup>8</sup>.

Le fonctionnaire CNRACL a droit à différents types de congés pour raisons de santé :

- congés maladie ordinaire (CMO) (durée maximale : 1 an),
- congés longue maladie (CLM) (3 ans)
- congés longue durée (CLD) (liste de 5 affections, 5 ans),
- congés pour accident de service ou maladie contractée dans l'exercice des fonctions (AT/MP)
- disponibilité d'office (une fois tous les droits statutaires épuisés).

---

<sup>4</sup> Droits à congés prévus par art. 57 de la loi du 26 janvier 1984, décret n°87-602 du 30 juillet 1987

<sup>5</sup> Droits à congés prévus par chapitre IV décret n°92-298 du 20 mars 1991.

<sup>6</sup> Droits à congés prévus par décret n°88-145 du 15 février 1988

<sup>7</sup> Droits à congés prévus par le Code du travail

<sup>8</sup> Décrets n°60-58 du 11 janvier 1960 pour les titulaires et n°77-812 du 13 juillet 1977 pour les stagiaires

Il y a intervention du régime mixte de la sécurité sociale avec à charge de l'employeur les « prestations en espèces » (maintien du salaire) et à la sécurité sociale les « prestations en nature » (frais médicaux) sauf en cas d'AT/MP où cela reste à la charge de la collectivité.

Le fonctionnaire non CNRACL ou l'agent non titulaire de droit public a droit à :

- CMO
- Congés Grave maladie (analogie au CLM)
- Congés pour AT/MP

Pour eux, les prestations de la sécurité sociale viennent en complément ou en déduction des obligations de rémunération de la collectivité.

L'octroi de ces congés (CLM, CLD...) est soumis, sauf pour le CMO, à l'avis du comité médical pour les fonctionnaires et les non titulaires de droit public. Pendant ces congés, le fonctionnaire perçoit tout ou partie de son traitement (salaire) en fonction du type et de la durée des congés. (*Annexe 3*).

Les congés pour accident de service ou maladie contractée dans l'exercice des fonctions sont soit accordés directement par la collectivité soit après avis de la commission de réforme si doute sur l'imputabilité. Les agents concernés conservent leur plein traitement pendant toute la durée de l'arrêt, jusqu'à la reprise ou la mise en retraite pour invalidité si le reclassement est impossible, et bénéficient de la prise en charge à 100% des frais médicaux engagés.

La reprise après CLM, CLD, disponibilité ou CMO (quand il a atteint 12 mois consécutifs) nécessite l'avis favorable du comité médical.

La reprise à temps partiel thérapeutique est soumise également à l'avis du comité médical, et peut être accordée, pour une période de 3 mois renouvelable dans la limite d'un an (par affection), après un minimum de 6 mois d'arrêt maladie ordinaire consécutifs.

## **B. Enjeux**

Il faut savoir que 75% des personnes en situation de handicap le sont devenues au cours de leur carrière professionnelle (suite à un accident du travail ou de la vie)<sup>9</sup>. De nouvelles données sont également à prendre en compte : l'allongement des carrières, l'usure au travail, le décalage important entre niveau de qualification et emplois occupés, l'évolution des métiers et des technologies. La nécessité d'aménager les fins de carrières devient une évidence, surtout dans la fonction publique territoriale. Certains postes sont plus sollicitants que d'autres et permettent rarement de les occuper tout au long d'une carrière. De plus, dans la conjoncture actuelle, de nombreuses collectivités sont dans des situations financières délicates.

Cela implique une politique de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, intégrant la santé au travail. Le maintien dans l'emploi devient une démarche indispensable dans ce contexte.

### **1. Absentéisme et coût**

La FPT doit faire face à un taux d'absentéisme important pour raisons de santé. Cela entraîne 2 conséquences principales :

- des coûts (directs et indirects)
- accentuation de l'usure des agents, qui compensent l'absence des collègues, et installation d'un roulement avec : au retour des uns, le départ des autres.

Au niveau national, l'effectif de la FPT était au 31 décembre 2011 de plus d' 1,9 million d'agents (titulaires et non titulaires)<sup>10</sup>.

En 2011, il a été dénombré en moyenne 21,8 jours d'absence pour raisons de santé par agent en emploi permanent (55% pour MO, 31% pour CLM et assimilés,

---

<sup>9</sup> Source : AGEFIPH, 2007.

<sup>10</sup> Source : SIASP : Système d'information sur les agents de la Fonction Publique (Insee)

10,5% pour AT et 3,2% pour MP). Ce nombre augmente depuis 2007 (+2,4 jours).<sup>11</sup>

Au niveau départemental, le *Bilan social 2011* émis par le CDG31 faisait état d'un taux d'absentéisme important dans les collectivités de moins de 50 agents : 7,9% se répartissant en 51% pour MO, 25,2% pour CLM et assimilé et 8,9% pour AT.<sup>12</sup>

L'Assurance Groupe auquel adhère le CDG31 pour ses collectivités affiliées (ayant ≤30 agents CNRACL) établit un bilan annuel de l'absentéisme (analyse des arrêts de travail enregistrés par les collectivités).

En 2012 (année de référence pour l'étude), l'absence globale pour raisons de santé (maternité inclus) des agents affiliés CNRACL représentait presque 38% des 2360 agents assurés, et totalisait plus de 43 000 jours d'arrêts (60% pour MO, 22% CLM/CLD, 10% AT) soit une moyenne de 32 jours/arrêt.

En 2014, cela représentait 41% des effectifs, presque 60 000 jours d'arrêts (dont 49% pour MO, 25,50% CLM/CLD et 21% AT)) soit une moyenne de 41,11 jours/arrêt.

Le coût global des arrêts pour MO en 2012 dépassait le million et a augmenté de 1% en 2014. Le coût global (frais médicaux et indemnités journalières) des arrêts pour AT/MP a été multiplié par 3,5 entre 2012 et 2014.

Il est également important de noter que plus de 41% des agents qui se sont arrêtés en 2014 l'ont été au moins 2 fois et 4% plus de 5 fois.<sup>13</sup>

Tout ceci prouve qu'il y a un véritable enjeu financier pour les petites collectivités territoriales à réussir le maintien dans l'emploi de leurs agents (aménagements de poste, reclassement). Cela permettrait peut-être de réduire le nombre d'arrêts maladie mais surtout d'agir sur leur durée et leur répétition.

---

<sup>11</sup> Source : 8<sup>ème</sup> Synthèse Nationale des rapports sur l'état des collectivités au 31 décembre 2011, CNFPT, juin 2014.

<sup>12</sup> Source : *Rapport sur l'état des collectivités relevant du CTP intercommunal au 31 décembre 2011* ; Observatoire de l'emploi territorial et des données sociales, CDG31, 2014

<sup>13</sup>Source : *Bilan 2014 de l'absentéisme CNRACL*, Gras Savoye-Direction prévoyance collectivité locale, 2015

De plus, comme nous l'avons vu précédemment, une multitude de dossiers doivent passer par le comité médical et la commission de réforme (octroi de congés, reprise d'activité, temps partiel thérapeutique...). La rapidité d'instruction et d'examen des dossiers par ces instances est un élément essentiel dans la démarche de maintien dans l'emploi.

En effet, sauf les cas de demandes de renouvellement des CLM ou CLD qui doivent être présentées au moins un mois à l'avance, le comité médical se prononce alors que le fonctionnaire perçoit le traitement afférent au congé qu'il a demandé. Si finalement le comité médical donne un avis défavorable à la demande de congé, les difficultés de gestion pour régulariser la situation de l'intéressé seront liées aux délais qui s'écoulent entre la demande de congé et la décision de l'administration conforme à l'avis du comité médical.

De même pour l'agent dont l'accident de service n'est finalement pas reconnu par la commission de réformes et qui doit rembourser tous les frais médicaux afférents à cet arrêt et pris en charge jusque-là. L'agent peut se retrouver dans une situation financière très précaire.

Par ailleurs, l'agent qui a épuisé ses droits statutaires bénéficie du maintien du demi-traitement jusqu'à la date de la décision de reprise<sup>14</sup>. La circulaire du 5 décembre 2011 a apporté des précisions :

*"[...] dans des situations exceptionnelles (retard dans l'examen des dossiers, dysfonctionnement du comité médical/commission de réforme...), l'administration a l'obligation d'assurer à ses fonctionnaires un déroulement continu de carrière en les plaçant dans une position régulière".* Malheureusement, il ne s'agit pas de situations « exceptionnelles » et chaque retard entraîne des coûts pour la collectivité et l'agent. (Annexe 3)

---

<sup>14</sup> Décret n° 2011-1245 du 5 octobre 2011

## 2. Reclassement et licenciement dans la FPT

L'autorité territoriale doit rechercher toutes les possibilités de maintenir l'agent à son poste de travail d'origine ou dans son grade avant d'envisager un reclassement<sup>15</sup>.

Les différentes possibilités de maintien dans l'emploi dans la FPT sont (ordre de recours) :

1. **L'aménagement du poste** (suite aux préconisations du médecin de prévention): achat de matériels, allègement de certaines tâches, changement d'horaires...
2. **La reprise en temps partiel thérapeutique** (après avis du comité médical, salaire pris en charge par la collectivité)
3. **Le changement d'affectation** : lorsque les nécessités de fonctionnement du service ne permettent pas d'aménager les conditions de travail, la collectivité peut affecter l'agent à un autre emploi relevant de son grade. (sur avis de la commission administrative paritaire et du médecin de prévention)
4. **Le reclassement médical et statutaire** : Inaptitude à toutes les fonctions dans le grade ou cadre d'emplois et aptitude à exercer des fonctions correspondant à un autre grade (validation obligatoire par le comité médical)<sup>16</sup>.

C'est l'agent qui doit formuler la demande de reclassement. Ce reclassement peut se faire soit par l'intégration à un autre grade de son cadre d'emploi, soit par l'accès à un emploi relevant d'un autre cadre d'emploi (par un détachement dans la collectivité d'origine ou une autre) ou par du recrutement classique (concours, promotion interne...).

---

<sup>15</sup> Article 1<sup>er</sup> décret 85-1054

<sup>16</sup> Art. 81 à 86 de la loi n°84-53 du 26 janvier 1984, et décret n°85-1054 du 30 septembre 1985

Dans l'attente, l'agent est placé, après épuisement de ses droits à congés statutaires, en disponibilité d'office ou en congé sans traitement (selon son statut). Et en cas d'impossibilité de reclassement, l'agent est radié des cadres : licenciement (fonctionnaire non CNRACL, non titulaire) ou admission à la retraite pour invalidité (fonctionnaire CNRACL) sous réserve de l'accord de la CNRACL et de remplir les conditions.

Le licenciement intervient après épuisement de tous les moyens donnés par le statut (reclassement, admission à la retraite,...), en cas de non réintégration après disponibilité d'office pour cause d'inaptitude physique, et après le respect de la procédure contradictoire (respect des droits de défenses, communication intégrale du dossier...).

Pendant longtemps les inaptitudes au poste ont été gérées entre les chefs de service, sans formalisation écrite, ni recensement des reclassements. De nombreux dossiers étaient en attente, faute de recherche efficace de postes adaptés aux capacités restantes des agents en cours de reclassement. Cela a entraîné des difficultés budgétaires pour les collectivités employeurs : elles ont aujourd'hui des problèmes de sureffectifs en maintenant des agents inaptes sur leur poste et en créant des postes similaires pour assurer les missions.

En cas de reclassement pour inaptitude physique la collectivité a l'obligation de pourvoir au reclassement (obligation de moyens) mais elle n'a pas d'obligation de résultat. Elle doit seulement apporter la preuve qu'elle a cherché une solution de reclassement pour son agent, dans des délais raisonnables.<sup>17</sup>

Depuis 2008, si l'agent est déclaré inapte à ses fonctions et non à toutes fonctions, pour l'octroi d'une pension d'invalidité par la CNRACL, l'employeur doit établir une attestation certifiant de l'impossibilité de reclassement.

---

<sup>17</sup> Décision N°11NC01672 de la Cour Administrative d'Appel de Nancy du 26 janvier 2012 indiquant que l'employeur n'a pas commis de faute et a rempli son obligation de reclassement en proposant trois postes compatibles à un agent déclaré inapte  
Décision N°12BX00099 de la Cour Administrative d'Appel de Bordeaux du 9 avril 2013 précisant qu'en cas d'inaptitude physique d'un agent, le délai de quatre mois de l'administration peut être regardé comme excédant le délai raisonnable pour commencer à opérer une recherche d'un poste de reclassement à compter de la constatation de l'inaptitude physique de l'agent

La création des missions handicap dans les CDG ont permis de rattraper un retard dans la gestion des dossiers d'inaptitude des agents et de démarrer des démarches structurées d'accompagnement. En prenant en charge ces dossiers, la CME rappelle ainsi à l'employeur public son obligation de moyen, l'aide à trouver une solution de reclassement pour l'agent (ou à justifier de son impossibilité), et lui évite des situations conflictuelles qui peuvent aboutir à des contentieux devant les tribunaux administratifs (par exemple la contestation par un agent de sa mise à la retraite pour invalidité).

En 2012, au total sur les collectivités affiliées au CDG31, il y a eu 149 démissions, 43 retraites pour invalidité et 2 licenciements pour inaptitudes physiques<sup>18</sup>.

Pour l'année 2014, 62 dossiers de demandes de retraite pour invalidité ont été traités par la commission de réforme :

- Pour les collectivités affiliées au CDG31 : 1 agent en catégorie A, 3 en catégorie B et 43 en catégorie C.
- Pour le conseil départemental 31 : 15 agents de catégorie C.

50 ont eu un avis favorable, 11 ont été ajournés en séance, et 1 seule demande a été refusée<sup>19</sup>.

---

<sup>18</sup> Source : Données du Pôle Gestion et Conseil statutaire du CDG31

<sup>19</sup> Source : Données du Service Instances Médicales du CDG31, Secrétariat de la Commission de réforme

## **C. Objectifs principal et secondaires**

### **1. Objectif Principal :**

L'objectif principal était d'évaluer l'apport d'une commission maintien dans l'emploi au sein d'une unité de prévention des risques professionnels et santé au travail d'un CDG de la FPT.

Savoir se remettre en questions est une des démarches les plus importantes à avoir lorsqu'il s'agit de mener des actions de prévention. L'amélioration d'une démarche passe par son évaluation. Lors de sa création en 2011, la CME envisageait déjà de pouvoir s'évaluer à distance, mais faute de moyen cela n'a pu se mettre en place. Cette étude permettait d'apporter une réponse à ce besoin. Sans être exhaustifs, ces questionnaires seraient un support pour évaluer l'apport de la CME dans le maintien dans l'emploi des agents territoriaux affiliés au CDG 31, en mettant en avant les points forts et les points faibles du fonctionnement de la CME. Ces résultats seraient un appui dans la demande de ressources supplémentaires nécessaires par exemple.

### **2. Objectifs secondaires**

Les objectifs secondaires sont la proposition d'axes d'amélioration et d'outils d'évaluation. En effet, en comparant les résultats obtenus avec les données de la littérature dans le domaine du retour au travail, nous espérons pouvoir préconiser des changements, documentés, dans le but d'améliorer le service rendu.

Les questionnaires, s'ils démontrent leur pertinence, pourraient être réutilisés pour de prochaines évaluations ou servir de base de réflexion à la création de cet outil.

## II. Matériel et Méthode

Afin de répondre à l'objectif principal, nous avons abordé la question sous 2 angles :

- Connaître la population concernée (les pathologies des sujets, les conditions de maintien ou de retour dans l'emploi), les effets sur la santé à moyen terme et la perception de la démarche par les agents.
- Évaluer la perception par les employeurs de l'aide apportée par la CME ou des difficultés rencontrées.

A cette fin, nous avons utilisé la méthode suivante : une étude descriptive des dossiers de maintien dans l'emploi instruits dans la CME entre le 1<sup>er</sup> janvier et le 31 décembre 2012 avec une partie d'évaluation subjective du ressenti concernant la démarche de maintien dans l'emploi.

Ont été inclus les agents (permanents et non permanents) ayant été intégrés dans la démarche de la CME en 2012 ainsi que les collectivités territoriales Haut-Garonnaises dont ils sont issus. N'ont pas été inclus dans l'étude les agents pour lesquels l'action de maintien dans l'emploi avait été réalisée en amont sans intervention de la CME (mais comptabilisés pour contribuer aux objectifs de la CME).

Le mode de récolte des données choisi fut deux questionnaires à choix multiples avec une question ouverte finale. Un questionnaire était destiné aux collectivités (employeurs) et l'autre aux agents.

Le questionnaire pour les collectivités (*Annexe 4*) se présentait en 2 parties :

- l'une purement administrative pour identifier le type de collectivité (effectifs, répartition des catégories, situations des agents : en activité, en arrêt maladie, etc.),
- l'autre concernait l'évaluation de la démarche maintien dans l'emploi de la CME. Cette deuxième partie était basée sur le ressenti de la collectivité (de son représentant) en matière de prise en compte des attentes, contraintes de fonctionnement, démarche globale et résultats finaux.

Le format choisi fut une feuille A4 recto uniquement, afin de simplifier son remplissage et d'obtenir un taux de participation maximal.

Le questionnaire pour les agents (*Annexe 5*) était structuré en 4 parties :

- Une partie statutaire, pour déterminer la population touchée,
- Une partie sur le poste occupé, pour identifier les actions de la CME sur le terrain et les problèmes résiduels,
- Une partie médicale, pour évaluer l'impact sur l'état de santé de l'agent,
- Et une dernière partie concernant le vécu de la démarche par l'agent (association aux décisions, prise en compte de ses attentes, compétences, etc.)

Pour ne pas alourdir la démarche et compte tenu du nombre important d'informations à recueillir, le format choisi fut une feuille A4 recto/verso.

Les dernières parties des 2 questionnaires ont été élaborées selon l'approche proposée dans l'ouvrage « *Le Maintien dans l'emploi en questions* », (2000) synthèse des rencontres d'un groupe de divers acteurs dans le maintien dans l'emploi<sup>20</sup>.

Cet ouvrage avait été écrit afin de donner des clés sur le questionnement à avoir dans la mise en place d'une démarche de maintien dans l'emploi, l'évaluer, la justifier et l'argumenter (pour obtenir des ressources supplémentaires). Il ne prétendait pas énoncer des règles à appliquer mais bien faire participer le lecteur à la réflexion.

Il a fallu adapter à la FPT certaines questions (notamment concernant les coûts, la rentabilité de l'entreprise) mais la majeure partie était transposable.

---

<sup>20</sup> Source : *Le Maintien dans l'emploi en questions*, groupe de réflexion sur le maintien dans l'emploi, 22/06/2000.

Les modes de transmission et périodes de diffusion des questionnaires :

- 1<sup>ère</sup> phase de diffusion :
  - décembre 2013 : envoi par voie postale des questionnaires aux collectivités, accompagné d'un courrier présentant l'objectif de l'évaluation et l'importance de leur participation.
  - janvier à avril 2014 : réalisation du questionnaire par le médecin avec l'agent à l'occasion d'une visite médicale (périodique ou autre) organisée dans la période définie.
  
- 2<sup>ème</sup> phase de diffusion :
  - janvier 2015 : Envoi d'un email de rappel aux collectivités qui n'auront pas répondu au 1<sup>er</sup> courrier.
  - janvier à avril 2015 : En cas de questionnaire non rempli pendant la visite médicale ou si l'agent n'a pas pu se déplacer (du fait de ses problèmes de santé par exemple) : récupération des données administratives et médicales dans les dossiers médicaux (papiers et/ou informatisés), et appels téléphoniques des agents.

Un entretien avec chaque médecin de prévention, concernés par l'étude, a été également planifié pour compléter au mieux les questionnaires (contexte, réalité terrain des aménagements, etc.) en juin 2015.

L'analyse des données a été réalisée en juillet 2015. Une restitution des résultats et des conclusions au CDG 31 est prévue et sera à organiser le dernier trimestre 2015. (*Annexe 6*)

### III. Résultats

#### A. Description de la population

La population concernée par notre étude représente 85 agents (permanents et non permanents) issus de 68 collectivités territoriales Haut-Garonnaises différentes.

##### 1. Les collectivités

Le taux de participation des collectivités est de 27,97%, sur 68 questionnaires envoyés 19 collectivités ont répondu.

Dans les 20 questionnaires reçus (1 collectivité a fait la démarche pour 2 agents), les renseignements concernant la situation des effectifs (catégories, en arrêt ou en activité, etc.) n'ont pas été remplis de façon rigoureuse. Cette partie du questionnaire n'a pas été exploitée.

Par contre, en consultant les données administratives disponibles au CDG31, nous avons pu retrouver l'information concernant les effectifs des collectivités concernées.

62 collectivités sur 68 ont moins de 200 agents. La moyenne des effectifs est de 80 agents environ. 12 collectivités ont moins de 20 agents, elles ne sont donc pas concernées par l'obligation d'emploi de 6% de travailleurs handicapés.

Une seule collectivités a plus de 350 agents, il s'agit donc d'une collectivité affiliée volontairement au CDG31. (fig. 1)

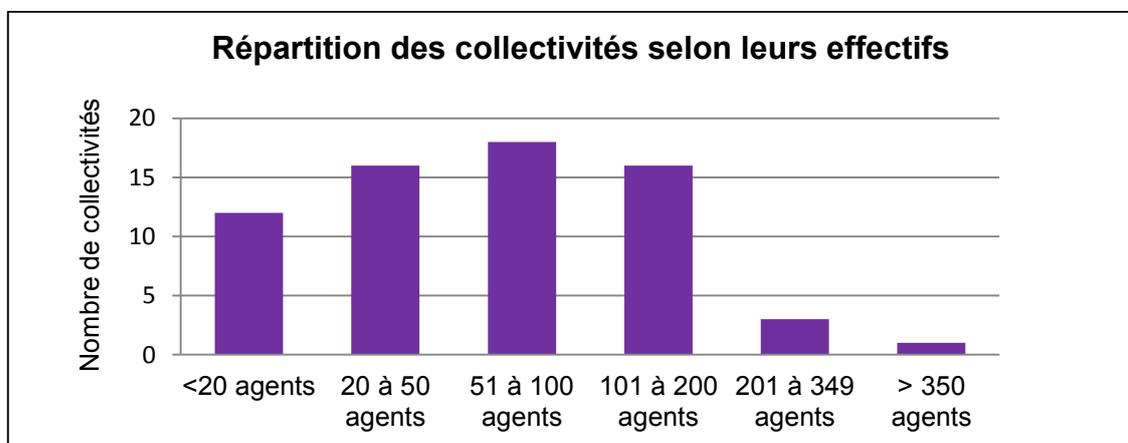


Figure 1: Répartition selon les effectifs des collectivités ayant un agent inclus dans la CME en 2012

Sur les collectivités ayant répondu au questionnaire, la moyenne des effectifs est de 89 agents. 4 collectivités ont moins de 20 agents, 5 ont dépassé le taux d'obligation de 6% de travailleurs handicapés, mais 10 ne l'ont pas atteint.

## 2. Les agents

40 questionnaires ont été remplis complètement lors d'une visite médicale ou d'un appel téléphonique (taux de couverture : 47%), 45 sont incomplets (uniquement les parties statut, poste, santé ; basées sur l'analyse des dossiers).

Données démographiques : Sur les 85 agents pris en compte dans notre étude (inclus dans la CME au cours de l'année 2012), 60% sont des femmes. La moyenne d'âge est de 47,2 ans (47,4 ans chez les femmes et 46,5 ans chez les hommes). Ce sont surtout les agents en fin de carrière qui sont le plus concernés par les actions de maintien dans l'emploi : 47% ont 50 ans et plus (fig. 2).

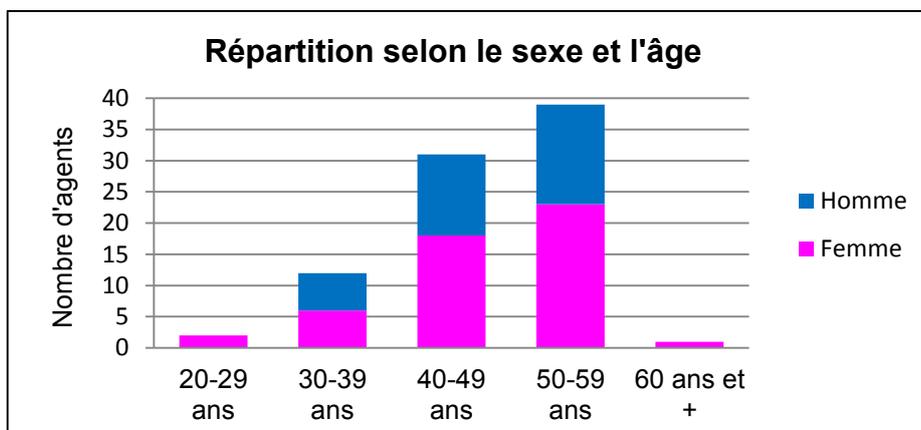


Figure 2: Répartition selon l'âge et le sexe des agents inclus dans la CME en 2012

Ancienneté : Ce ne sont pas les agents dont l'ancienneté est la plus importante qui ont nécessité l'intervention de la CME en 2012 : la majorité se situe dans les 10 premières années de service (50,7%). (fig. 3)

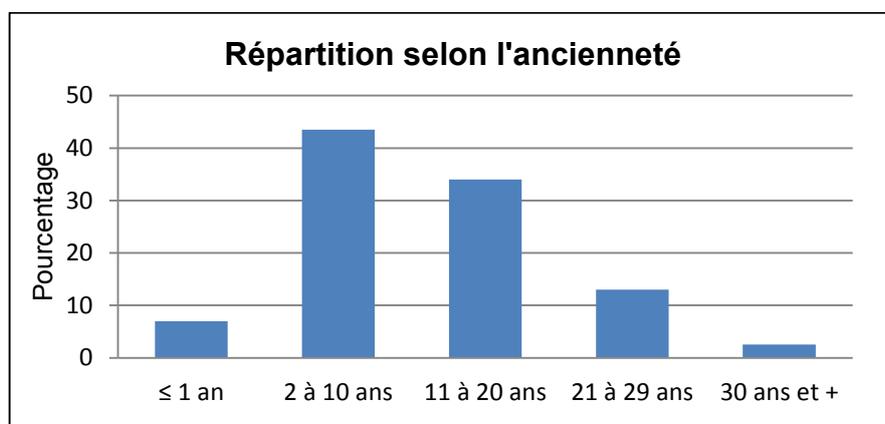


Figure 3: Répartition selon l'ancienneté dans la collectivité des agents inclus dans la CME en 2012

Niveau de formation : La catégorie majoritairement représentée est la catégorie C (81% des agents), postes ne nécessitant pas de niveau de formation élevé (sans diplôme ou niveau infra bac). D'ailleurs plus de 80% des agents de notre étude ont un niveau de qualification VI à V (selon la nomenclature nationale des niveaux de formation) (tableau 1).

Tableau 1: répartition selon le niveau de formation des agents :

Niveau de formation	Nombre d'agents
<b>I</b> (DEA, Master...)	1
<b>II</b> (Bac + 3)	6
<b>III</b> (Bac + 2)	3
<b>IV</b> (Bac, Bac pro)	7
<b>V</b> (CAP, BEP,...)	33
<b>VI</b> (jusqu'au collège : obligation légale)	35

Reconnaissance en qualité de travailleur handicapée (RQTH) : 50,5% des agents ont une RQTH. L'information était manquante pour 10 agents (11,5%)

### Situation actuelle :

67% des agents sont en activité, 12,94% en arrêt pour raisons de santé (MO, CLM, CLD, AT ou MP), et 11,76% sont radiés des cadres (retraite pour invalidité (5 agents), démission (3 agents), licenciement (1 agent) et fin de contrat (1 agent)). La situation de 4 agents n'était pas connue (4,7%).

Filières : La filière technique est la plus représentée avec 51 agents (60% de l'effectif de l'étude) suivie par les filières médico-sociale et administrative (respectivement 20% et 17%) et l'animation (2,35%). Il est intéressant de noter la quasi absence des hommes dans ces 3 dernières filières (1 agent administratif et 1 animateur), le reste étant dans la filière technique (*fig.4*).

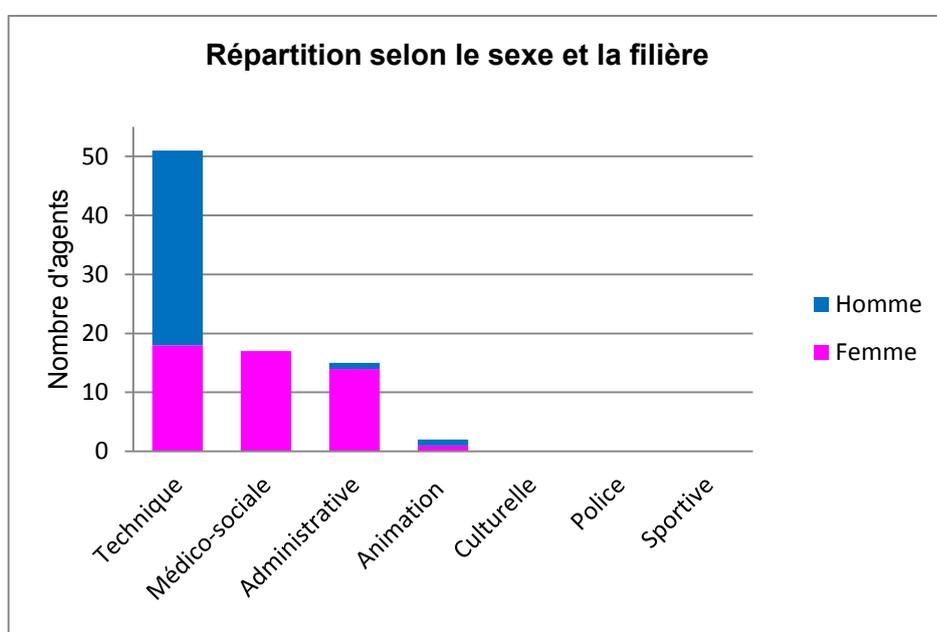


Figure 4: Répartition selon le sexe et la filière des agents inclus dans la CME en 2012

Pathologies : Les pathologies présentées par les agents sont en grande partie de type musculo-squelettique (52 agents soit 61%, dont presque la moitié souffre du rachis). 7 agents souffrent de pathologies multiples, 6 de troubles neurologiques, et les autres catégories touchent de 1 à 3 agents maximum. (fig.5)

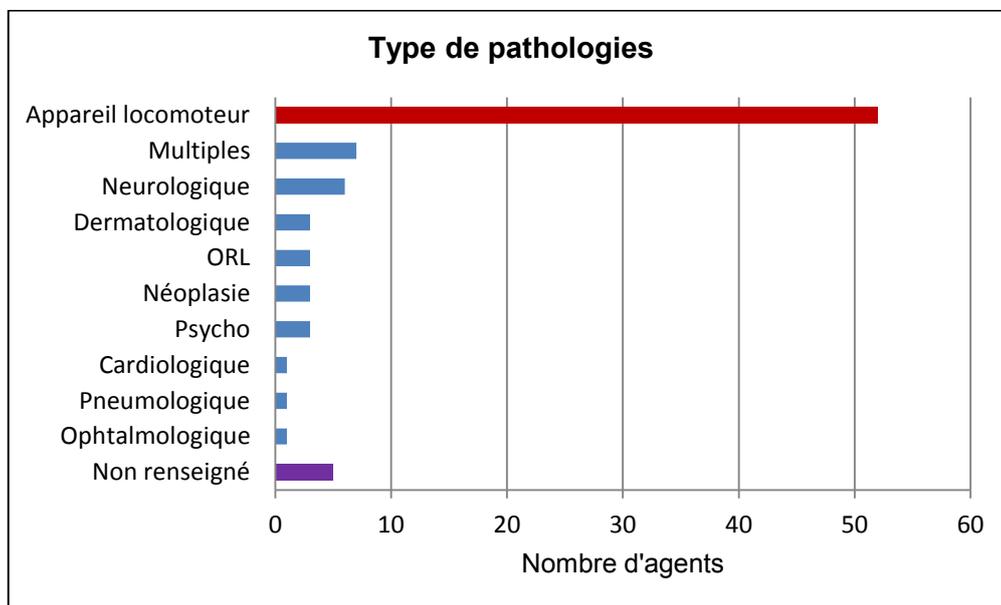


Figure 5: Répartition selon le type de pathologie présenté par les agents inclus dans la CME en 2012

Origine pathologie : 66% des pathologies sont sans lien avec le travail. Et 28% ont une origine professionnelle (AT ou MP). (fig. 6)

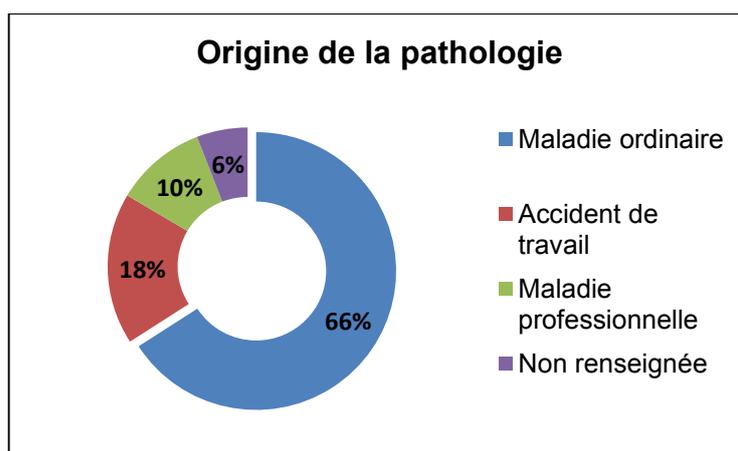


Figure 6 : Répartition selon l'origine de la pathologie présentée par les agents inclus dans la CME en 2012

État de santé des agents : il est représenté par 33% en état stable, 14% en amélioration et 18% en aggravation. L'information est manquante dans 24% des dossiers.

Traitements : En ce qui concerne les éventuels traitements médicaux, il y a eu beaucoup de non réponse (46%). 19% n'ont plus du tout de traitement et 35% en suivent un (antalgiques, kinésithérapie, chirurgie...).

Durée d'absence : Lorsque l'agent devait estimer combien de temps il avait été arrêté pour sa pathologie, nombreux n'ont pas pu donner une réponse même approximative, du fait de la répétition de nombreux arrêts courts. Seulement 5 agents ne se sont pas arrêtés, et la majorité des agents arrêtés l'ont été pour une durée (cumulée) supérieure à 1 an. (fig. 7)

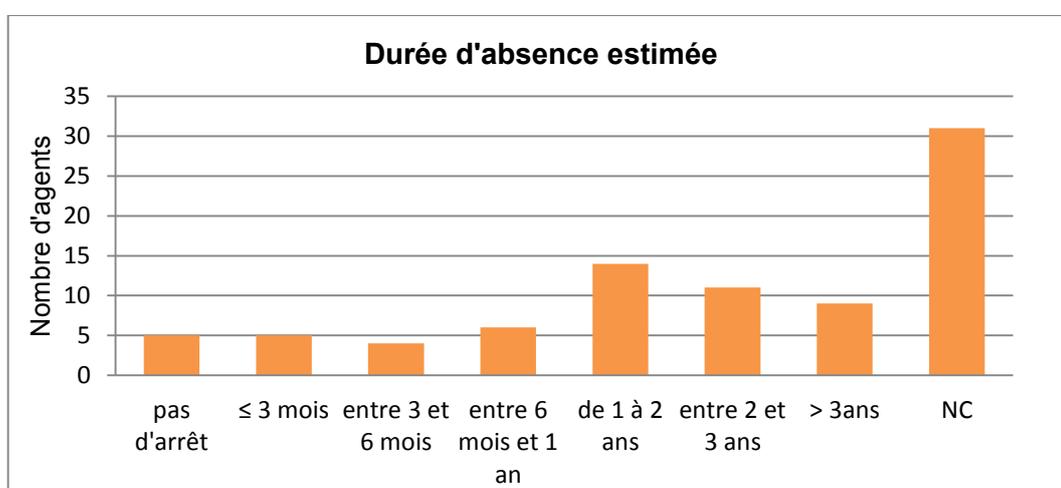


Figure 7: Répartition des agents inclus dans la CME en 2012 selon la durée d'absence estimée

Avis médical : Le médecin de prévention a émis des restrictions ou demandé des aménagements dans 74% des cas. Sur 21 postes déclarés non aménagés, 11 ont pourtant des préconisations médicales sur leur fiche de visite.

## B. Évaluation de la CME

### 1. Les collectivités

Évaluation globale de la satisfaction : concernant la démarche de maintien dans l'emploi, elle présente une prédominance de « satisfait » à « très satisfait » (58%), très peu de « peu satisfait » à « insatisfait » (5%), et un avis mitigé plus marqué (21%). (fig 8)

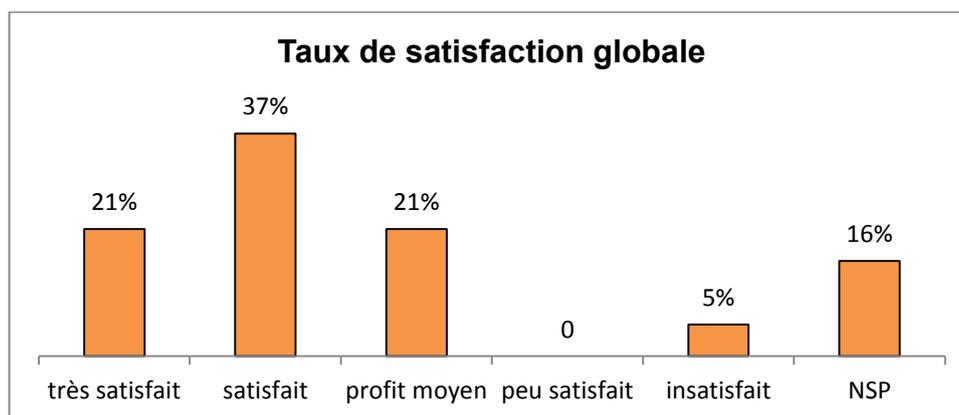


Figure 8: Évaluation globale de la démarche de maintien dans l'emploi par les collectivités ayant au moins un agent inclus dans la CME en 2012

Ressenti : Les résultats de la deuxième partie du questionnaire « Collectivité » sont repris dans le *tableau 2*.

Tableau 2: Perception de la démarche maintien dans l'emploi des collectivités ayant au moins un agent inclus dans la CME en 2012

Perception de la structure employeur concernant la démarche :	OUI	NON	NSP*
• Pensez-vous avoir été suffisamment informé sur la démarche ?	14	4	2
• Aviez-vous un interlocuteur identifié ?	18	0	2
• Pensez-vous avoir été consulté/ écouté (prise en compte des préoccupations propres à la gestion de votre collectivité ?) ?	15	3	2
• Jugez-vous la solution adaptée à l'exercice et à l'organisation du travail ?	14	4	2
• Le coût de l'agent pour la collectivité est-il en adéquation avec le rendement de l'agent au poste ?	6	9	5
• Avez-vous trouvé des avantages dans la recherche et l'application d'une solution concertée afin d'améliorer l'organisation du travail dans la collectivité ?	10	8	2
• Seriez-vous prêt à renouveler l'expérience si un problème de maintien dans l'emploi se présentait ?	16	2	2
• Le collectif de travail (service) a-t-il été consulté ?	8	6	6
• Le collectif de travail (service) a-t-il ressenti le bénéfice de l'action dans l'exercice du travail ?	7	7	6

\*Ne se prononce pas

Globalement les collectivités apprécient l'aide proposée par la CME et les solutions proposées même si ces dernières ne sont pas toujours en corrélation avec les attentes/besoins du service d'affectation de l'agent.

Le collectif de travail n'a pas toujours été consulté ou pris en compte. De ce fait, 30% considère les mesures du maintien dans l'emploi comme une « faveur », 10% comme une « sanction », et 60% ne se prononcent pas.

Par contre, il perçoit ces mesures comme « Solide et cohérente » dans 40% des cas, « Transitoire et négligeable » dans 25% des cas et 35% ne se prononcent pas.

Concernant les délais d'action de la CME, 75% des collectivités ayant répondues au questionnaire considèrent qu'ils sont acceptables.

Ce qui ressort de la question ouverte finale du questionnaire est une attente concernant :

- une aide ou des conseils pour traiter des dossiers qui se trouvent parfois dans un « vide administratif »,
- des possibilités de reclassement dans d'autres collectivités (surtout quand la collectivité d'origine est petite ou quand l'établissement ne disposent que de postes « lourds » non aménageables),
- des propositions de formations et de financement pour les réaliser.

## 2. Les agents

Actions : 65,88% des postes (55 sur 85) sont ou ont été aménagés (avant le départ de la collectivité). Cette information est manquante pour 8 dossiers (dont plus de la moitié est partie en retraite, démission ou en disponibilité).

Concernant les postes aménagés : 24 l'ont été par une modification ou partage des tâches (alternance des gestes, activités dédiées, etc.), 12 ont bénéficié de la mise en place de matériels (allant de l'outillage à la prothèse auditive), 6 ont eu des aménagements de leur temps de travail (début ou fin de poste modifiée, mise en place de temps partiel, temps de repos prévu), 3 ont nécessité l'intervention d'une tierce personne (pour les aider ou pallier à leur diminution de capacité) ; 9 agents ont eu des aménagements de plusieurs types. (fig.9)

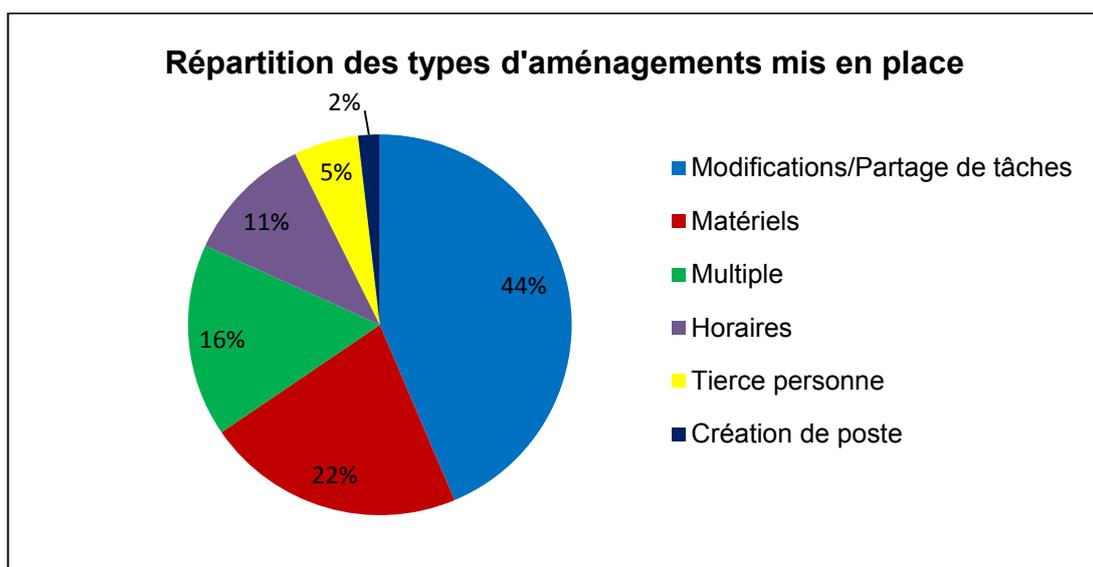


Figure 9 : Répartition des types d'aménagements mis en place pour les agents inclus dans la CME en 2012 et occupant un poste aménagé

Il y a eu une création de poste, considérée comme un aménagement, car l'agent est resté dans son service d'origine et accomplit à présent un ensemble de tâches qui étaient auparavant réalisées en partie par une entreprise extérieure et en partie par ses collègues en fin de service.

On compte 10 reclassements effectués (12% des dossiers), et 7 formations ont été organisées (8%).

Il n'y a eu qu'une seule mutation en dehors de la collectivité d'origine, les autres agents sont restés dans leur collectivité initiale (les 8 dossiers pour lesquels nous n'avons pas l'information concernant des agents en disponibilité, ou radiés).

Problèmes résiduels et origines : En regroupant les informations fournies par les agents et les médecins de prévention, il y aurait au moins 20 postes où les agents ne rencontrent plus de difficultés et 36 présenteraient encore des problèmes résiduels. Sur ces 36 postes, l'origine de ces problèmes est pour la moitié des cas un manque d'aménagement. (fig. 10). La catégorie « Autres » regroupent les difficultés de vécu par l'agent, ou par le collectif de travail, de la pathologie ou des aménagements mis en place.

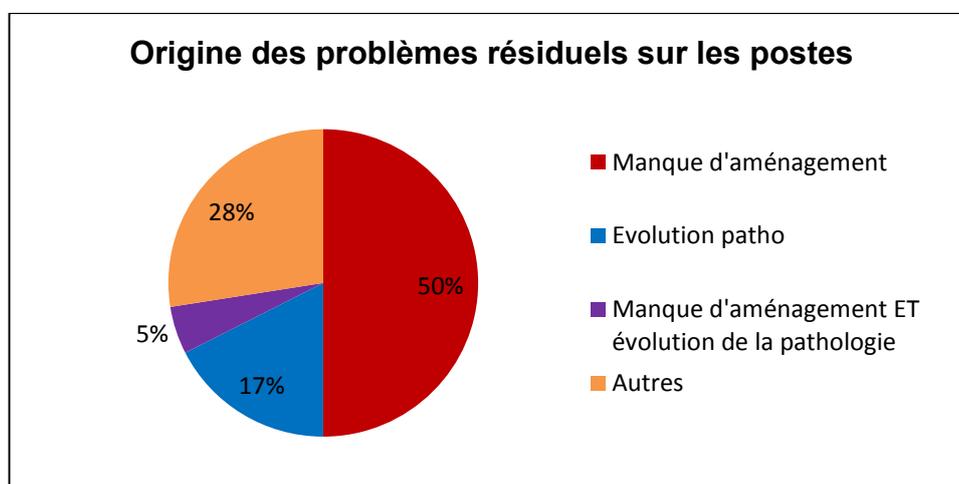


Figure 10 : Origine des problèmes résiduels rencontrés sur les postes des agents inclus dans la CME en 2012

Origine du signalement à la CME : il est principalement fait par le médecin avec 56 signalements (65,88%) suivi par la collectivité (22 signalements) et les services Assurance et Emploi (7 signalements).

Évaluation globale de satisfaction : la satisfaction globale des agents concernant la démarche de maintien dans l'emploi est presque équitablement partagée avec 40% de « satisfait » à « très satisfait » et 42,5% de « peu satisfait » à « insatisfait », 5% considèrent avoir eu un profit moyen. (fig. 11)

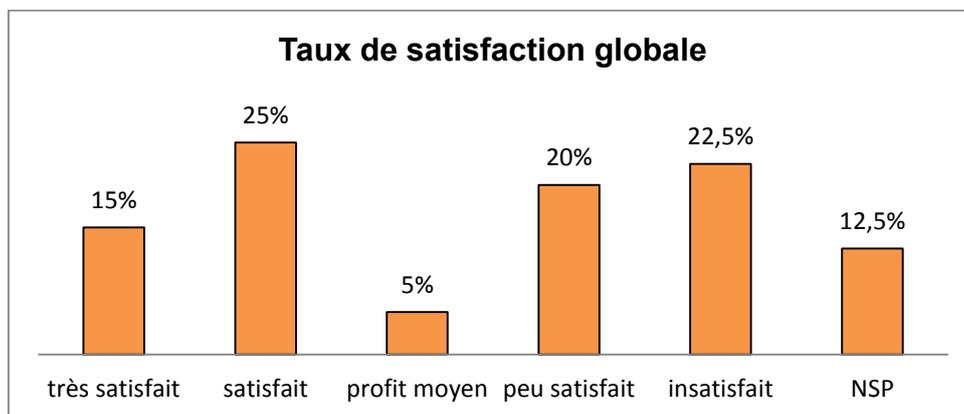


Figure 11: Évaluation globale des conditions dans lesquelles a été menée l'action de maintien dans l'emploi par les agents inclus dans la CME en 2012

Ressenti : Les résultats de la dernière partie du questionnaire « Agent » est représentée par le *tableau 3*.

Tableau 3: Ressenti concernant la démarche de maintien dans l'emploi des agents inclus dans la CME en 2012

Ressenti de l'agent concernant la démarche :	OUI	NON	NSP*
• Pensez-vous avoir été consulté lors des décisions ?	22	17	1
• Pensez-vous avoir été correctement écouté ?	22	17	1
• Avez-vous l'impression d'avoir été soutenu ?	18	21	1
• Aviez-vous un interlocuteur identifié ?	14	25	1
• Aviez-vous des informations régulièrement ?	8	31	1
• Êtes-vous satisfait des conditions dans lesquelles vous conservez votre emploi ?	18	18	4
• Vous y retrouvez vous financièrement ?	25	11	4
• Seriez-vous prêt à renouveler la démarche si besoin ?	21	15	4

\*Ne se prononce pas

Il en ressort un avis partagé quant à la prise en compte de l'avis de l'agent dans la démarche ou aux conditions de travail finales, un manque de communication (seulement 8 agents ont eu des informations régulières) peut-être du fait d'une absence fréquente d'interlocuteur identifié.

De plus, les 14 agents ayant répondu « OUI » ont cité comme interlocuteur : le médecin de prévention, le responsable handicap ou responsable du personnel de la collectivité. Aucun n'a eu de lien direct avec la CME.

Les 11 agents qui sont en difficultés financières sont soit en arrêt maladie prolongé faute de solution trouvée, en disponibilité (ayant épuisé leur droit statutaire) ou se retrouvent avec une pension de retraite réduite (durée de cotisation insuffisante). Un agent a répondu systématiquement « Ne se prononce pas » car il n'a pas eu connaissance d'une telle démarche et considère qu'il n'y a rien eu de fait sur son poste par rapport à sa problématique de santé.

Concernant les délais d'actions : ils sont jugés « acceptables » par 45% des répondants, « Trop longs » par 52% et 3% « Ne se prononce pas ».

La dernière question du questionnaire était ouverte et concernée les attentes des agents (suggestions d'amélioration). (*Tableau 4*)

**Tableau 4: Attentes des agents inclus dans la CME en 2012, concernant la démarche de maintien dans l'emploi**

<b>Attentes concernant la démarche :</b>	<b>%</b>
• Aide/conseil/orientation au niveau social (démarches, droits, bilan financier)	12,5
• Davantage d'écoute et de consultation dans les décisions prises	12,5
• Prise en compte et application des recommandations faites par le médecin de prévention ou l'ergonome	10
• Plus d'action sur le terrain	10
• Accompagnement (psychologique) au changement de poste	7,5
• Conserver leur poste d'origine avec aménagements	5
• Propositions d'options moins restreintes (ex: poste sur autre collectivité)	5
• Ne se prononce pas	35

## **IV. Discussion**

### **A. Interprétation des résultats**

Au final, sur les 107 agents et 74 collectivités territoriales intégrés dans la CME en 2012 : 22 agents, et de ce fait 6 collectivités, n'ont pas été inclus dans notre étude pour éviter un biais de sélection et avoir une population réellement concernées par la démarche maintien dans l'emploi que nous cherchons à évaluer. En effet, ces agents furent « comptabilisés » dans les chiffres de la CME mais avaient déjà été traités en amont directement par le médecin de prévention et la collectivité.

La 1<sup>ère</sup> phase de diffusion, concernant les collectivités, a pu être enclenchée en respectant les délais. Malgré la 2<sup>ème</sup> phase de diffusion, par email, le taux de participation est resté faible (28%). Ce taux est à prendre en considération car plusieurs collectivités ont été contactées par téléphone et ont justifié leur absence de réponse par le fait que leur collectivité n'était pas concernée par ce type de démarche. D'autres n'ont pas pu répondre car ils n'étaient pas en poste au moment des faits et n'avait aucun retour (changement de municipalité après les élections).

La mise en œuvre de la diffusion du « questionnaire Agents » a dû tenir compte d'impératifs du service « Médecine préventive ».

En effet, le service était en pleine réorganisation autour d'un logiciel de santé au travail. Les médecins ont dû modifier leurs pratiques et intégrer l'outil informatique dans leur visite. Il a donc fallu attendre quelques mois pour l'adaptation, avant de lancer la campagne de visite médicale pour remplir le questionnaire avec l'agent.

Pour mettre en place cette campagne, un travail d'organisation et de planification a dû être réalisé en amont. Cela nécessitait l'implication des assistantes santé de secteur qui s'occupaient des convocations des agents. Lors d'une réunion regroupant toutes les assistantes, un protocole d'enregistrement de la visite sur le logiciel fut présenté et validé. Cela permettait d'indiquer au médecin, pendant sa vacation, que cette visite était programmée pour l'étude. Un temps supplémentaire dans la visite était même prévu.

Concrètement, la planification des visites médicales n'a pas fonctionné correctement. La plupart des agents inclus dans l'étude ont été vus pendant la période souhaitée mais très peu de questionnaires ont été récoltés, par non signalement au médecin (non réalisation du protocole défini avec les assistantes).

Faute de moyen, nous n'avons pas pu utiliser une fonctionnalité du logiciel de santé au travail. Le questionnaire aurait pu y être intégré et l'analyse des résultats aurait été plus rapide. Cela reste tout de même une option intéressante, à développer par la suite pour un outil d'évaluation.

Les résultats du questionnaire « Agents » sont à nuancer concernant les postes aménagés. En effet, entre le prescrit et le réel, il faut noter que 36 postes sur les 55 aménagés entraînent encore des difficultés pour l'agent en poste (soit plus de 65%). Des agents reprochent justement un manque d'applications des recommandations faites par le médecin de prévention ou l'intervenant en prévention, et un manque de visibilité des actions sur le terrain.

Concernant l'évaluation globale de satisfaction, il ne faut pas négliger les 12,5% d'agents qui ne se prononcent pas : ils représentent les agents qui n'avaient pas connaissance de l'action de la CME dans leur situation. Du côté des collectivités, il faut également prendre en compte les 16% de « Ne se prononce pas » car il montre aussi un manque de compréhension et de clarté dans la démarche.

Il y a donc une grande hétérogénéité de sources pour nos données, avec les biais (de mémoire compte tenu des délais, de retranscription sur les dossiers) qui en découlent. Mais malgré des informations d'origine variées, les résultats obtenus ne sont pas en contre-indications avec les difficultés déjà identifiées par les intervenants de la CME.

En 2013, l'ensemble des effectifs des collectivités affiliées au CDG31 représentaient 15 155 agents.<sup>21</sup> La moyenne d'âge était de 45,9 ans (contre 47,2 ans dans l'échantillon de notre étude). Les filières nous intéressant se répartissaient comme suit : technique 48%, administrative 22%, médico-sociale 17% et animation 7%<sup>22</sup> (respectivement dans notre étude : 60%, 17%, 20%, et 2,35%). Malgré le taux de participation réduit, notre échantillon reproduit les mêmes répartitions que la population départementale dont il est extrait. La plus forte représentation de la filière technique s'explique par le fait qu'il s'agisse d'une filière comportant des postes plus à risques (d'usure, d'AT ou MP), il est donc logique qu'elle soit surreprésentée dans notre population cible qui était : les agents nécessitant un maintien dans l'emploi pour raisons de santé. Cela ne permettra tout de même pas une généralisation des résultats.

---

<sup>21</sup> Source : Données extraites base CIRIL, CDG31 – 1<sup>er</sup> Mars 2013

<sup>22</sup> Source : « Quel emploi territorial, pour demain, en Haute Garonne ? », dossier documentaire CDG31, septembre 2013.

## B. Points forts et points faibles de la CME

A partir des résultats de notre étude et de la littérature scientifique sur le sujet, il en ressort des points clés concernant le fonctionnement et l'efficacité de la CME du CDG31 : des points forts à potentialiser et des points faibles à améliorer.

Compte tenu de la forte représentativité des pathologies de l'appareil locomoteur (et notamment du rachis) nous avons orienté nos recherches bibliographiques vers le maintien dans l'emploi des travailleurs ayant une lombalgie (ou des troubles musculo-squelettiques selon les études). En effet, de nombreux travaux ont été faits dans ce domaine et aux vues de ces résultats encourageant, des études cherchent à transposer ce modèle sur la prise en charge d'autres pathologies (cancer, santé mentale,...).

Depuis une trentaine d'années, il est observé un changement de paradigme dans l'appréhension de la question de la désinsertion professionnelle. Loisel et son équipe (1994) ont développé et testé un modèle de gestion des lombalgies subaiguës pour prévenir l'invalidité prolongée. [2, 3]

Le modèle de Sherbrooke est le premier à combiner une intervention ergonomique en milieu de travail avec une prise en charge clinique précoce des travailleurs souffrant de lombalgies. Il est centré sur les 3 premiers mois de l'arrêt, avec une identification précoce des travailleurs lombalgiques à risque de passage à la chronicité, une démarche ergonomique participative avec des modifications du poste, et un retour au travail thérapeutique (RTT) supervisé et adapté progressivement aux capacités du salarié blessé. (Annexe 7 ) Il a été démontré que c'est l'intervention d'ergothérapie en entreprise qui est responsable de la majeure partie des effets bénéfiques du modèle sur le retour au travail. Le retour au travail était réalisé presque 2.5 fois plus vite que dans une prise en charge habituelle [4].

Le projet pilote PREVICAP a été lancé au Québec en 2000. Son objectif visait le retour au travail prélésionnel avec une prise en charge interdisciplinaire et précoce des travailleurs atteints d'une lésion musculo-squelettique à risque d'incapacité prolongée, en mettant en place un partenariat avec tous les acteurs affectés par cette lésion (le travailleur, l'employeur, les professionnels de santé, les assureurs). Malgré son efficacité validée (retour au travail plus rapide et plus durable), des difficultés dans la mise en œuvre ont été rencontrées : prise en charge effective

plus tardive (vers 6 mois), mauvaises compréhension des rôles de chacun des acteurs avec une communication entre eux difficile. Ce modèle n'a pas été généralisé par la suite au Québec. [5]

L'efficacité et la rentabilité (réduction du nombre de jours d'absence par exemple) de la prise en charge multidisciplinaire avec des interventions ergonomiques en milieu de travail précoces a été confirmée lors de l'adaptation du modèle de Sherbrooke dans d'autres systèmes de santé notamment au Pays Bas [6 ; 7 ; 8]. Une revue de la littérature récente (publiée en avril 2015) [9] a étudié les nombreuses études coûts/bénéfices des interventions de santé précoces ou de RTT <sup>23</sup>. Il en ressort que ces interventions permettraient de diminuer :

- la durée des arrêts maladie et de la perte de productivité
- les coûts des soins
- les coûts de prestations de compensation d'incapacités
- le risque d'incapacité de travail permanente et la perte d'emploi
- le risque de développer des comorbidités (ex : atteinte santé mentale).

Selon la 4<sup>ème</sup> Enquête Européenne sur les conditions de travail (2005)[10] les chances de reprise du travail dans l'entreprise d'origine sont inversement proportionnelles à la durée de l'absence : moins de 50% dans le cadre d'un arrêt de 3 à 6 mois, moins de 20% pour un arrêt de plus d'un an, et inférieures à 10% pour une absence supérieure à 2 ans.

La majorité des arrêts maladie de notre étude ont une durée (cumulée) d'une année. Cela prouve l'utilité de la CME pour mettre en place des actions pour privilégier le maintien dans l'emploi. Mais cela montre surtout la nécessité d'améliorer la réactivité de la CME par des signalements plus précoces encore. Pour l'instant la majorité des signalements proviennent des médecins de prévention, mais ce n'est qu'à la suite d'une visite de reprise problématique.

La mise en place d'évaluations répétées et fréquentes a permis de mettre en évidence les points à améliorer comme l'information et la communication aux parties prenantes lors de la mise en place de ce type de programme [11], les

---

<sup>23</sup> Rogerson et al. 2010; Squires et al. 2011; Gatchel et al. 2003; Theodore et al. 2014; Molde Hagen et al. 2003; Abasolo et al. 2005; Vermeulen et al. 2013

modalités de réalisation et l'adaptabilité dans différents pays [12]. En effet, les différences de résultats retrouvées d'un pays à l'autre concernant le RTT après des lombalgies chroniques s'expliquaient en grande partie par une différence d'application de ces interventions (type de politique du handicap développée, critères d'obtention de prestations de compensation, réglementations en vigueur).

Fassier JB (2009) [13] a étudié la faisabilité du modèle de Sherbrooke en France. Il a ainsi pu identifier des obstacles tant aux niveaux individuels, organisationnels que juridiques, et des facilitateurs pouvant contribuer à une stratégie de mise en œuvre.

Au Québec par exemple, le RTT est possible grâce à une loi de 1985 (droit à la réadaptation) sur les AT et MP permettant l'assignation temporaire. Cela consiste à concéder à l'employeur le droit de donner un autre travail à un employé blessé, mieux adapté à ses capacités, et ce jusqu'à la reprise du travail habituel. Cela permet une réintégration précoce du salarié compatible avec la mise en œuvre du RTT.

En France, lorsqu'un salarié est en arrêt de travail, le contrat de travail est suspendu<sup>24</sup>, il n'y a donc pas de couverture concernant le risque AT/MP. Cela fait obstacle à un retour précoce du salarié pour une réadaptation. Le mi-temps thérapeutique apparaît comme un facilitateur dans la mise en œuvre d'un programme de type RTT.

La même problématique existe dans la fonction publique territoriale et empêche la mise en œuvre de certaines actions par la CME. Les périodes de congés maladie ne mettent pas fin à la position d'activité de l'agent<sup>25</sup>. Cependant, même si le fonctionnaire est bien en position d'activité, il n'est pas en position de service et il ne peut donc pas suivre une formation pendant ce congé puisqu'il doit être en service pour cela<sup>26</sup>. L'employeur ne peut pas bénéficier d'une couverture par une assurance statutaire pour ses agents en cas d'accident de service survenu lors

---

<sup>24</sup> Article L1226-7 du Code du travail

<sup>25</sup> Circulaire du 13 mars 2006.

<sup>26</sup> Combinaison des articles 57 de la loi du 26/01/1984 (le fonctionnaire en activité a droit à des congés de maladie en cas de maladie dûment constatée rendant impossible l'exercice des fonctions) et 9 du décret du 9 octobre 1985 relatif à l'exercice du (le temps passé en congé de formation est considéré comme du temps passé dans le service)

d'une formation réalisée pendant un congé maladie. Il en est de même pour les fonctionnaires en position de disponibilité d'office pour raison de santé à l'issue des droits statutaires à congé de maladie.

Face à ce blocage statutaire, il reste également la solution de la reprise à temps partiel thérapeutique pour mettre en place bilans de compétences et formations : l'agent passe une partie de son temps en formation, l'autre au sein de la collectivité sur des activités validées par le médecin de prévention. Or dans la FPT, il faut attendre 6 mois d'arrêt maladie consécutifs et l'avis favorable du comité médical pour le mettre en place.

Pour une action réellement précoce, il est parfois mis un terme à l'arrêt maladie le temps de la formation (1 ou 2 jours) puis il est renouvelé immédiatement après, le temps d'adapter le poste ou de réaliser le reclassement. Mais cela n'est possible que dans le cas d'un agent en congé MO, puisqu'un CLM ou un CLD ne peut prendre fin ou se renouveler qu'après avis du comité médical. La contrainte statutaire et la lourdeur administrative entraîne une absence de possibilité d'anticipation du reclassement et un manque de réactivité.

Depuis, en France, il y a eu différents essais de mis en place de protocoles pour anticiper le retour à l'emploi de salariés ne pouvant plus exercer leur métier précédent, en mettant à profit la période d'indemnités<sup>27</sup>:

- PRESIJ (Préparation au retour à l'emploi des salariés en Indemnités Journalières) : 1999, en région Normandie. Projet d'accompagnement individualisé pendant 4 mois associant études des capacités médico-socio-psycho-professionnelles, du poste, mise en situation en entreprise, et proposition de formations (cofinancement par l'AGEFIPH et la CPAM).
- MOAIJ (Module d'orientation approfondie pour assurés en indemnités journalières) :
  - 1994 en Région Bretagne. Projet d'une démarche en session collective ou individuelle avec bilan professionnel, appréhension de l'environnement socio-économique, accompagnement projet professionnel et reprise de l'emploi.
  - 2007 Région Pays de La Loire : Projet proposée en session collective avec stages en centre de formation et en entreprise, validation et accompagnement d'un projet professionnel.

---

<sup>27</sup> Source : Dossier de presse, Forum Réussir Ensemble, Agefiph, 20/01/10.

Cela permettait de travailler les opportunités de reclassement avant la reprise, en mobilisant l'ensemble des acteurs opérationnels locaux du maintien dans l'emploi : le médecin du travail, le médecin conseil et la CPAM, les assistantes sociales (CRAM/ENIM/MSA), le médecin traitant, le SAMETH, des centres de formation, les entreprises.

Au niveau juridique cela a été rendu possible par la contraction d'une assurance volontaire (AT/MP) auprès de la CPAM par l'organisme de formation agissant comme mandataire de l'assuré et les modalités d'indemnisation des modules de ce type étaient inscrites dans la réglementation nationale :

Article L433-1 du code de la sécurité sociale (Version en vigueur du 19 décembre 2008 au 22 décembre 2010) modifié par LOI n°2008-1330 du 17 décembre 2008 - art. 100 (loi du financement de la sécurité sociale)

*« L'indemnité journalière peut également être maintenue, après avis du médecin-conseil, lorsque la victime demande à accéder durant son arrêt de travail, avec l'accord du médecin traitant, aux actions de formation professionnelle continue prévues à l'article L. 6313-1 du code du travail ou à d'autres actions d'évaluation, d'accompagnement, d'information et de conseil auxquelles la caisse primaire est partie prenante. La caisse informe l'employeur et le médecin du travail de sa décision de maintenir l'indemnité. »* Article remodifié depuis par la LOI n°2010-1594 du 20 décembre 2010 - art. 84.

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2013, il y a eu la mise en place d'un équivalent au niveau national : les PSOP (Prestation Spécifique d'Orientation Professionnelle), mis en œuvre par les SAMETH. Ses objectifs sont notamment de permettre l'élaboration d'un nouveau projet professionnel dans le cadre du reclassement interne ou externe d'une personne handicapée lorsque le maintien à son poste de travail n'est plus possible. Elle dure entre 20 et 40 h sur une période de 3 mois maximum et prévoit une alternance d'entretiens individuels (en face à face), de regroupements collectifs et des mises en situation professionnelle et/ou évaluations sur des plateaux techniques de formation. Malheureusement, ce n'est pas applicable à la FPT, puisque ce type de démarche est cofinancé par l'AGEFIPH et la CPAM.

Le partenariat de la CME avec le service « Mobilité et dynamique professionnelle » se rapproche de ces protocoles avec la réalisation d'un bilan de

compétence, de stages d'immersion dans la collectivité d'origine ou dans une autre, et la validation d'un projet professionnel (formation, validation des acquis).

Le FIPHFP propose une aide financière : rémunération de l'agent pendant le temps de formation liée à un reclassement, ou à une reconversion professionnelle. Mais les formations éligibles dans la FPT sont uniquement les formations de perfectionnement<sup>28</sup>. De plus, les collectivités sont souvent réticentes à faire reprendre un agent pour le former quand il n'y a pas de certitude concernant les possibilités de reclassement.

Une autre barrière mise en évidence par l'étude de Fassier JB [13], est une vision biomédicale, exclusivement curative de la lombalgie, avec une prise en charge presque toujours au moment du passage à la chronicité. La lombalgie chronique d'origine professionnelle est bien plus complexe et ce modèle d'intervention prend en compte cet aspect.

Mairiaux P. a identifié de multiples déterminants favorables ou défavorables, individuels et socioprofessionnels, intervenant dans la désinsertion professionnelle [14]. Par exemple, un faible niveau de qualification, un sentiment d'inefficacité de la personne, un faible contrôle sur le travail, un faible soutien social ou des conflits interpersonnels au travail peuvent être des facteurs qui retardent le retour au travail. En revanche, un bon pronostic personnel par rapport au retour au travail, une reconnaissance par l'entreprise de la part de responsabilité du travail dans la pathologie (justice organisationnelle), un accompagnement à la reprise, favorisent un retour rapide et durable au poste.

Le modèle biopsychosocial de la douleur chronique et de l'incapacité développé par Waddell et al. 1993 [15] montre qu'un processus de déconditionnement sur les plans physique et psychologique apparaît en même temps qu'une désinsertion du milieu du travail. Ils proposent la théorie du *Fear Avoidance Beliefs* (attitude d'évitement par peur de créer une lésion ou de se faire du mal) pour rendre compte du cheminement de certains patients de la douleur vers l'incapacité chronique, la perte d'emploi et l'isolement social.

---

<sup>28</sup> Loi n° 84-594 du 12 juillet 1984, article 1<sup>er</sup>, alinéa 2° et décret d'application n°2007-1845 du 26 décembre 2007

Il est essentiel que le patient lombalgique soit au centre de la prise en charge et qu'il en soit l'acteur principal.

Or ce n'est pas le cas dans la démarche de la CME. En effet, quand on analyse le taux de satisfaction des actions de la CME, il est intéressant de noter que les collectivités sont moins partagées et globalement plus satisfaites que les agents. Cela vient du fait que dans la plupart des cas, les collectivités ont eu un interlocuteur identifié et des informations régulières.

Pour les agents, il y a eu un interlocuteur identifié dans seulement 35% des cas, et la plupart du temps il s'agissait du médecin de prévention ou d'un responsable de la collectivité. Or en cas de conflit entre la collectivité et l'agent, cette voie de transmission d'informations n'existe plus.

En fait, la mission de la CME est : **le conseil aux collectivités pour le maintien dans l'emploi**. Il s'agit d'une orientation politique puisque l'on ne retrouve pas de justification réglementaire :

Art. 23 de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 modifiée : « *II. - Les centres de gestion assurent pour leurs fonctionnaires, y compris ceux qui sont mentionnés à l'article 97, et pour l'ensemble des fonctionnaires des collectivités territoriales et établissements publics affiliés, les missions suivantes, [...]6° Le reclassement, selon les modalités prévues aux articles 81 à 86, des fonctionnaires devenus inaptes à l'exercice de leurs fonctions, de catégories A, B et C ; [...] 14° Une assistance juridique statutaire ; 15° Une assistance au recrutement et un accompagnement individuel de la mobilité des agents hors de leur collectivité ou établissement d'origine ; [...]. »*

Dans ce contexte, l'efficacité de la prise en charge des agents par la CME est compromise, ne serait-ce que par le manque d'information à destination de ces derniers.

La plupart des études précitées identifient le manque de communication entre les intervenants comme un frein au bon déroulement du retour précoce au travail. Le défi que représentent l'engagement et la participation des acteurs dans ces interventions n'est pas bien documenté. Toutefois il a été identifié qu'à travers des interventions de RTT, il était possible de contribuer à résoudre les conflits en faisant collaborer les parties prenantes pour atteindre des objectifs communs [16].

Les résultats de notre étude mettent plus ou moins en évidence un sentiment d'absence de soutien ou d'écoute que ce soit du côté des agents ou du collectif de travail. Le manque d'informations est propice aux spéculations. Un agent que l'on tient écarté ou isolé de la prise en charge de sa situation, ne sera pas convaincu que ce qu'on lui propose est le mieux pour lui. Un collectif de travail non sensibilisé et non impliqué dans le retour au travail d'un collègue, ne créera pas un environnement favorable à la reprise de l'agent. L'agent sera devant un échec, s'isolera, et renouvellera son arrêt (perte de confiance en soi, perte de l'identité au travail à cause de sa perte d'efficacité sur le poste....[15]).

Un autre facilitateur identifié par Fassier JB [13], est le rôle potentiel que les médecins traitants et médecins du travail pourraient assumer avec la possibilité de prise en charge des lombalgies sous formes de réseaux de santé.

Un exemple de faisabilité est la mise en place d'un réseau multidisciplinaire régional Lombaction (Pays de la Loire) créé en 2007 sur le modèle théorique des programmes de RTT et Modèle de Sherbrooke. [17] Il propose du reconditionnement à l'effort, des actions en milieu de travail pour analyser le poste, un suivi à 6 mois, 1 an et 2 ans. De cette expérience, il en ressort qu'une coopération dans un processus de maintien dans l'emploi ne se décide pas mais se créer.

D'ailleurs, les difficultés de communications entre médecin traitant, médecin conseil et médecin du travail ont été évoqué par une enquête menée en Belgique par Vanmeerbeek et al. [18] sur la transmission des informations et la collaboration interprofessionnelle.

Chaque corps professionnel a un besoin d'informations, mais des conflits d'intérêts potentiels sont souvent une excuse pour ne pas en donner. Ils placent le salarié/patient/assuré (approches différentes) comme le vecteur responsable de l'information. Cela entraîne plutôt une errance du salarié à la recherche de la « bonne » prise en charge, du « bon » diagnostic et une perte de temps précieux. Un rapport de Mariaux P et al. (2009) [19] suggèrent des pistes d'amélioration, notamment au niveau réglementaires (législation belge) mais aussi au niveau des

formations médicales initiale (développement de la connaissance des autres spécialités et partenariat) et continue (organisation de rencontres pour échanger).

Le problème dans la FPT est la méconnaissance des spécificités réglementaires des congés maladies par le médecin traitant (et spécialistes) des agents. Ils ont un discours complètement différent de celui du médecin de prévention ou de la CME (demande de mi-temps thérapeutique avant le délais des 6 mois, envoi de demande de reconnaissance en maladie professionnelle à la CPAM, fausse idée que la fonction publique ne licencie pas un agent inapte...). Cela place l'agent dans un flou administratif. D'ailleurs, de nombreux agents ont émis le souhait d'être assistés, conseillés dans les démarches administratives (droits à congés maladie, demande de reclassement, d'invalidité, calcul de leur retraite, etc.). Ce que l'on retient surtout est l'importance de la prise en charge précoce, de la pluridisciplinarité et de l'intégration du milieu de travail dans les actions de maintien dans l'emploi pour un retour au poste de travail rapide et durable.

La pluridisciplinarité est le principal point fort de la CME. Le CDG31 dispose de ressources qui devraient en faire un point stratégique du maintien dans l'emploi dans la FPT : connaissance des métiers, des besoins en emploi, de la complexité des statuts, liaison avec les financements par le FIPHFP, intervenants dans différents domaines (médical, prévention, assurance, recrutement...). La difficulté réside surtout dans la coordination de l'ensemble pour diriger ses compétences dans la bonne direction.

Une revue de la littérature de 2008 [20] et une étude de 2010 [21] ont essayé de clarifier l'impact des coordinateurs des programmes de retour au travail, et les compétences nécessaires pour obtenir des résultats optimaux.

Parmi les compétences indispensables, sont retrouvées : des qualités/traits individuels, une aptitude aux relations interpersonnelles, une base de connaissances pertinentes (sur l'entreprise, les aspects juridiques), des compétences organisationnelles et administratives, d'évaluation et de communication, et dans la résolution de problèmes et de conflits (médiation en milieu de travail). Il est constaté que ces coordinateurs sont des contributeurs essentiels dans la démarche de maintien dans l'emploi.

Il convient de permettre à ces coordinateurs de se former au mieux pour participer au succès de tels programmes.

## **C. Axes d'améliorations de la CME**

Depuis 2012, le CDG31 a renouvelé sa convention avec le FIPHFP pour 3 ans, avec de nouveaux objectifs, adaptés au contexte et à l'évolution prévisionnelle des effectifs des collectivités affiliées. La CME a également beaucoup évolué. Même sans protocole d'évaluation défini, l'obligation de la réalisation de bilans intermédiaires pour le FIPHFP a permis d'identifier les freins à la réalisation des objectifs de la convention.

Cela a déjà permis l'embauche d'une personne, en tant que fonction support à la coordinatrice de la CME, et d'un psychologue du travail en mi-temps, en soutien pour la réalisation des bilans de compétences du service « Mobilité et dynamiques professionnelles ». Le Pôle Santé s'est également enrichi de 2 médecins, d'un ergonome (dédiée à la cellule), de 2 conseillères emploi pour la réalisation de bilans de compétences. En effet, il y a de plus en plus de demande : émanant de la CME, mais aussi des collectivités. Elles ont pris conscience qu'il valait mieux anticiper le parcours professionnels de leur agent, plutôt que de gérer leurs restrictions dans l'urgence ensuite.

De plus, depuis 2013, le CDG 31 assure le secrétariat des instances médicales (comité médical et commission de réforme). Cela améliore la communication et la réactivité autour d'un cas : le médecin de prévention a accès aux dossiers des instances médicales notamment pour rédiger un rapport qui appuierait la demande de congés, peut discuter avec le médecin consultant pour lui expliquer le contexte, et accélérer l'étude instruction du dossier en cas de situation urgente.

Il a été débuté une recherche active pour la création de réseaux (pour la formation par exemple : CNFPT, YMCA, GRETA ; et avec des Associations de personnes handicapées. afin d'améliorer l'efficacité de la CME en utilisant également des ressources extérieures au CDG 31. D'ailleurs, la réalisation d'une cartographie des organismes mobilisables dans le domaine est en cours de réalisation.

Des groupes de travail se sont même formés : l'un sur la pertinence et la restitution des rapports (études de poste réalisées) ; l'autre sur l'information et le suivi des dossiers.

Compte tenu des résultats de notre étude, des freins identifiés dans la mise en œuvre d'une telle démarche de maintien/retour en emploi, plusieurs axes d'amélioration peuvent être proposés :

- Partager avec d'autres CDG les problématiques liées aux statuts empêchant la gestion précoce des reclassements (comment font-ils ?) et les faire remonter au niveau national, dans le but d'encourager la réflexion sur la création d'un « congé de reclassement » dont le statut permettrait des actions en milieu de travail et des formations pendant l'arrêt maladie de l'agent.
- La réalisation d'une étude pour faire un état des lieux des connaissances des médecins traitants pourraient permettre d'identifier les points à développer pour les intégrer davantage à la démarche de maintien dans l'emploi.
- Une mise à plat des rôles de chacun pour permettre un avancement plus rapide des dossiers (ex : création d'une nouvelle fiche de liaison plus ergonomique pour visualiser plus facile l'avancement du dossier, les informations manquantes et la répartition des tâches et favoriser les discussions autour de chaque dossier).
- La mise en place d'un accompagnement des agents :
  - par une assistante sociale pour les agents en arrêt, pour organiser une prise de contact avant le seuil critique des 3 mois d'arrêt, informer l'agent sur les possibilités statutaires.
  - Par un(e) psychologue du travail pour les agents en situation de reprise sur un poste aménagé ou en cas d'inaptitude, pour engager la procédure de demande de reclassement, accepter la perte de capacités.

Sans pour autant acquérir ces compétences en interne, la CME pourrait mettre en place un réseau de professionnels, formés aux spécificités de la FPT, qui pourrait réaliser cet accompagnement en coordination avec la CME. D'autant que le CDG31 couvre l'ensemble du département et que les agents en situation de handicap ne peuvent pas toujours se déplacer jusqu'à Toulouse.

- Poursuivre la sensibilisation/information des parties prenantes (agents, collectivité, médecins traitants...) du maintien dans l'emploi, notamment sur la visite de pré-reprise, et l'intérêt de s'orienter vers le service de médecine préventive lorsqu'un arrêt maladie risque de se prolonger (création d'un signalement par l'agent lui-même ?).
- Mettre en œuvre une démarche d'évaluation de l'efficacité des actions de la CME (utilisation des questionnaires de l'étude comme base pour la création d'un outil d'évaluation).

Concernant cette évaluation, depuis 2014, il a été mis en place par le FIPHFP un outil : « l'Observatoire du handicap et de l'inaptitude dans la Fonction Publique Territoriale » alimenté par une enquête annuelle réalisée auprès de toutes les collectivités territoriales, grâce au site internet [www.handitorial.fr](http://www.handitorial.fr).

Le but est de collecter chaque année des données relatives aux travailleurs handicapés et plus largement aux Bénéficiaires de l'Obligation d'Emploi des Travailleurs Handicapés présents dans toutes les collectivités territoriales (y compris celles qui emploient moins de 20 salariés en équivalent temps plein, méconnues jusque-là). Cela concerne également le champ de l'inaptitude sous toutes ses formes et conséquences (personnes faisant l'objet d'un avis d'inaptitude et personnes ayant bénéficié de mesures suite à leur inaptitude, aménagements de poste ou des conditions de travail, changements d'affectation, reclassements, etc.). Il y a aussi la collecte de données qualitatives pour mieux connaître la situation de l'ensemble de ces agents, sous la forme d'un état des lieux ponctuel ou de comparaisons dans le temps : ancienneté, catégorie hiérarchique, filière, grade, niveau de diplôme, métier, etc.

Cette solution informatique permet l'extraction et l'exploitation des données collectées pour tous types de regroupements géographiques des données.

Les bénéficiaires de ces données sont les collectivités territoriales, les CDG et leurs interlocuteurs institutionnels (FIPHFP, CSFPT, DGAFP, DGCL, etc.).

Ces données correspondent en partie à celles recherchées dans nos questionnaires. L'outil informatique permettra une collecte d'informations plus aisée et plus exhaustive.

Il appartient maintenant au CDG 31 de profiter pleinement des capacités de cet outil en incitant et accompagnant les collectivités de la Haute-Garonne à l'utiliser.

## Conclusion

En conclusion, la démarche de retour au travail et de maintien dans l'emploi nécessite une identification précoce de la situation, pour une action rapide, multidisciplinaire, sur le poste de travail, et en partenariat avec le travailleur et l'employeur.

La CME du CDG31 est riche en ressources internes avec des intervenants de divers services et compétences, ayant tous leur utilité dans cette démarche.

Malgré un protocole de recueil des données modifié en cours d'étude, les résultats obtenus ne contredisent pas la réalité du terrain constatée par les intervenants de la CME.

Les problématiques observées sont entre autres : un manque réel de communication et de transparence dans les actions que la CME mène, une orientation exclusivement tournée vers les collectivités plutôt que vers l'acteur principal du maintien dans l'emploi : l'agent, des ralentissements dans les actions mises en place à cause d'une réglementation complexe et de lourdeurs administratives, etc.

Dans les axes à explorer, il faut citer : l'amélioration de la rapidité des signalements, une réflexion autour d'une autre fiche de liaison pour faciliter les échanges autour des cas, tout en respectant le secret médical, le partage d'expériences avec d'autres CDG. L'accompagnement des agents vers le retour au travail ou dans une reconversion professionnelle devrait faire partie des missions de la CME, afin de remettre l'agent au centre de la problématique et de le faire adhérer à la démarche. Il n'y a que comme cela que les actions menées auront une chance d'être efficaces et pérennes.

Cette étude aura également permis de comprendre la nécessité de réfléchir au moment le plus adéquat pour réaliser une évaluation des actions : passé un certain délai, on risque de se retrouver face à des interlocuteurs différents, des biais de mémorisation et un faible taux de participation (manque d'intérêt pour la démarche).

## Bibliographie

[1] Groupe Maintien dans l'emploi. *Le Maintien dans l'emploi en questions. Santé, travail et inaptitudes*. EHESP, 2000 ; 223p. ISBN : 2-85952-784-2.

[2] Loisel P, Durand P, Abenhaim L, Gosselin L, Simard R, Turcotte J, et al. Management of occupational back pain : the Sherbrooke model. Results of a pilot and feasibility study. *Occupational & Environmental Medicine*, 1994, 51(9) : 597-602.

[3] Durand MJ, Loisel P, & Durand P. Le retour thérapeutique au travail comme une intervention de réadaptation centralisée dans le milieu de travail : description et fondements théoriques. *La Revue canadienne d'ergothérapie*, 1998, 65(2) : 72-80.

[4] Loisel P, Abenhaim L, Durand P, Esdaile JM, Suissa S, Gosselin L, et al. A population-based, randomized clinical trial on back pain management. *Spine*, 1997, 22(24) : 2911-2918.

[5] *Réadaptation au travail, Étude et Recherches. Évaluation de l'implantation et de l'impact du programme PREVICAP*. [en ligne] IRSST, Décembre 2011, R-716. [Consulté le 25/08/2015] ISSN : 0802-8395 Disponible sur : <http://www.irsst.qc.ca/publications-et-outils/publication/i/100625/n/evaluation-implantation-impact-programme-previcap-r-716>

[6] Loisel P, Lemaire J, Poitras S, Durand MJ, Champagne F, Stock S, et al. Cost-benefit and cost-effectiveness analysis of a disability prevention model for back pain management : a six year follow up study. *Occupational & Environmental Medicine*, 2002, 59(12) : 807-815.

[7] Anema JR, Cuelenaere B, van der Beek AJ, Knol DL, de Vet HCW & van Mechelen W. The effectiveness of ergonomic interventions on return-to-work after low back pain ; a prospective two year cohort study in six countries on low back

pain patients sicklisted for 3-4 months. *Occupational & Environmental Medicine*, 2004, 61(4) : 289-294.

[8] Anema JR, Steenstra IA, Boners P, de Vet HCW, Knol DL, Loisel P, et al. Multidisciplinary rehabilitation for subacute low back pain : graded activity or workplace intervention or both ? : A randomized controlled trial. *Spine*, 2007, 32(3) : 291-298.

[9] *Back to work. Exploring the benefits of early interventions which help people with chronic illness remain in work*. Fit for Work Europe, 28 Avril 2015. [Consulté le 25/08/2015] Disponible sur : <http://www.fitforworkeurope.eu/default.aspx.locid-0afnew01m.Lang-EN.htm>

[10] Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail. *Quatrième enquête européenne sur les conditions de travail*. Luxembourg: Office des publications officielles des Communautés européennes 2007 – VIII, 142 p.

[11] Lambeek LC, van Mechelen W, Buijs PC, Loisel P & Anema JR. An integrated care program to prevent work disability due to chronic low back pain: a process evaluation within a randomized controlled trial. *BMC Musculoskeletal Disorders* [en ligne] Novembre 2009, 10:147 [Consulté le 25/08/2015] DOI : 10.1186/1471-2474-10-147 Disponible sur : <http://www.biomedcentral.com/1471-2474/10/147>

[12] Anema JR, Schellart AJM, Cassidy JD, Loisel P, Veerman TJ, van der Beek AJ. Can cross country differences in return-to-work after chronic occupational back pain be explained? An exploratory analysis on disability policies in a six Country cohort study. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 2009 Dec;19(4):419-26.

[13] Fassier JB, Durand MJ, Loisel P, Caillard JF, Roquelaure Y. Étude de la faisabilité du modèle de Sherbrooke dans le système de santé français. Université de Sherbrooke / CNAMTS (Direction des risques professionnels), 2009.

[14] Mairiaux P. Les déterminants de la désinsertion professionnelle. *Regards croisés France-Belgique-Québec sur la prévention de la désinsertion*

*professionnelle liée à l'incapacité de travail*. Séminaire de recherche action. Congrès national de santé au travail, Lille, 2 et 3 juin 2014. Disponible sur : <http://hdl.handle.net/2268/170793>

[15] Waddell G, Newton M, Henderson I, Somerville D, Main CJ. A Fear Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ) and the role of fear-avoidance beliefs in chronic low back pain and disability. *Pain*, 1993, 52 : 157-168.

[16] Franche RL, Raymond B, Shaw W, Nicholas M, Loisel P. Workplace-based return-to-work interventions : optimizing the role of stakeholders in implementation and research. *Journal of Occupational Rehabilitation*. December 2005, 15(4) : 524-542.

[17] Petit A, Roquelaure Y, Roche-Leboucher G, Bontoux L, Dubus V, Richard I, Penneau-Fontbonne D. Réseau de maintien en emploi des travailleurs lombalgiques chroniques en Pays de Loire [en ligne]. CISME, 49<sup>ème</sup> Journées Santé Travail du Cisme, Paris : 23-24 octobre 2012. Disponible sur : <http://www.cisme.org/wpFichiers/1/1/Ressources/File/JST/JST%202012/Diaporamas/D.%20JST%202012%20-%20Session%202%20-%204%20-%20R%C3%A9seau%20de%20maintien%20en%20emploi%20des%20travailleurs.pdf>

[18] Vanmeerbeek M, Govers P, Schippers N, Rieppi S, Mortelmans K, Donceel P, Mairiaux P. Les médecins ont-ils vraiment envie de communiquer entre eux ? Étude "Partnership in medecine ». *Prévention de la désinsertion professionnelle liée à l'incapacité de travail. Regards croisés France - Belgique - Québec*. Congrès Santé Travail Lille : 2-3 juin 2014. Disponible sur : <http://hdl.handle.net/2268/163943>

[19] Mairiaux P, Vanmeerbeek M, Denoël P, Donceel P, Tiedtke C, Mortelmans K. Amélioration de la collaboration entre le médecin généraliste et les médecins conseils et les médecins du travail pour une meilleure prise en charge des pathologies d'origine professionnelle. Résumé du rapport final. *Service public*

*fédéral Emploi, Travail et Concertation Sociale*, 2009, 15p. Disponible sur : [www.emploi.belgique.be/WorkArea/DownloadAsset.aspx?id=34510](http://www.emploi.belgique.be/WorkArea/DownloadAsset.aspx?id=34510)

[20] Shaw W, Hong QN, Pransky G, Loisel P. A literature review describing the role of return-to-work coordinators in trial programs and interventions designed to prevent workplace disability. *Journal of Occupational Rehabilitation*. 2008 Mars, 18(1) : 2-15.

[21] Gardner BT, Pransky G, Shaw WS, Hong QN, Loisel P. Researcher perspectives on competencies of return-to-work coordinators. *Disability and Rehabilitation*. 2010, 32(1) : 72-78.

## **Annexes :**

*Annexe 1* : Fiche de signalement à la CME par le médecin de prévention.

*Annexe 2* : Fiche de signalement à la CME par la collectivité.

*Annexe 3* : Droits statutaires à congés pour raisons de santé.

*Annexe 4* : Questionnaire destiné aux collectivités.

*Annexe 5* : Questionnaire destiné aux agents.

*Annexe 6* : Planning de l'étude.

*Annexe 7* : Etapes du Modèle de Sherbrooke.



# FICHE DE SIGNALEMENT

Fiche réservée au médecin de prévention

POUR INFORMATION

DEMANDE D'INTERVENTION

Date :

COLLECTIVITE :

Nom du médecin :

## AGENT

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance :

Grade/Métier : \_\_\_\_\_

## SITUATION DE L'AGENT

Contre-indications / recommandations médicales :

Arrêt de travail :  Oui  Non

Cause de l'arrêt :  CMO  AT/MP  CLM  
CLD  
Congé Grave Maladie

RQTH :  Oui  Non  NSP

Evolution prévisible :

## AXES D'INTERVENTION

Doit-on étudier prioritairement ?  Un maintien sur le poste avec aménagement  Un reclassement dans un autre emploi

S'agit-il d'une mesure :  Temporaire  Définitive

Axe(s) d'intervention possible(s) :

Signature du médecin de prévention



## QUESTION PROTECTION SOCIALE

Fiche réservée au médecin de prévention

Date:

COLLECTIVITE :

Nom du médecin :

### AGENT

Nom Prénom

Grade/métier

Poste de travail

Temps de travail  
hebdomadaire

Statut

Titulaire

Non titulaire

NSP

### SITUATION DE L'AGENT

CMO

Date début :

CLM

Date début :

CLD

Date début :

Grave

Date début :

Maladie

AT

Date début :

MP

Date début :

Maternité

Date début :

Date de reprise :

Saisine : Comité médical  oui  non

Commission de réforme :  oui  non

### QUESTION



## FORMULAIRE DE SAISINE

Votre question concerne



### La protection sociale

Ce formulaire peut être utilisé par les collectivités affiliées au Centre de Gestion qui souhaitent obtenir un conseil ou une expertise en matière de protection sociale.

Nos juristes examineront les suites statutaires des diverses situations rencontrées.

A réception de ce formulaire, le Centre de Gestion procédera à l'analyse de votre demande et vous tiendra informé du suivi.

### A qui envoyer cette fiche ?

Ce formulaire est à adresser au CDG31

- Par Email : [maintien.emploi@cdg31](mailto:maintien.emploi@cdg31)
- Par fax : 05 62 26 09 39
- Par courrier : CDG31
- 590 rue Buissonnière –  
BP 37666 1676 LABEGE Cedex

Votre contact : Laurence FIEVET

Votre question concerne



### La mission maintien dans l'emploi et reclassement

#### QUAND SAISIR ?

Votre demande doit être réalisée de la façon la plus précoce possible pour que l'accompagnement proposé soit pertinent. Elle doit donc parvenir dès le début de l'arrêt de travail ou dès la formulation de contre-indications médicales.

#### QUELLES SERONT LES SUITES DONNEES A CETTE DEMANDE ?

⇒ A réception de cette fiche, le Centre de Gestion procédera au recueil d'informations sur l'environnement de travail.

⇒ Ces éléments seront étudiés par une équipe pluridisciplinaire (*Médecin de prévention, Conseiller prévention, Juriste, Conseiller emploi, Psychologue du travail...*)

⇒ Si la situation relève du maintien dans l'emploi ou du reclassement, une convention d'accompagnement individualisée sera proposée à la collectivité et à l'agent.

Cet accompagnement individualisé pourra notamment comprendre :

- des aménagements du poste de travail (étude ergonomique, demande de subvention FIPHFP, conseil en organisation...)

- l'accompagnement organisationnel et administratif au reclassement sur un autre poste (bilan professionnel, formation professionnelle...)

**Votre demande concerne :**

- LA PROTECTION SOCIALE  
 LE MAINTIEN DANS L'EMPLOI / RECLASSEMENT

Date de la demande :

COLLECTIVITE :

Personne référente du dossier Nom :

Tél :

Mèl :

## AGENT

Nom et prénom

Date de naissance

Grade :

Poste de travail :

Tps de travail hebdomadaire

Statut Titulaire >ou = à 28h  Titulaire < à 28h  Non titulaire  CAE/CUI

RQTH \* connue par la collectivité  Oui  Non  NSP

\* RQTH : Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé

## SITUATION DE L'AGENT

Aménagement de poste  Oui  Non

Reclassement  Oui  Non

Agent en arrêt de travail :  Oui  Non Date arrêt initial

Cause de l'arrêt :  Maladie ordinaire  Accident de travail Maladie professionnelle  Congé Longue maladie Grave maladie  Congé longue durée

L'agent a-t-il déjà été arrêté précédemment ? Oui  Non

Si oui,  
date de début :

Date de fin :

Date de la dernière visite avec le médecin de prévention :

Dossier Comité Médical : Oui  Non

Dossier Commission de Réforme : Oui  Non

Si oui, avis rendu :

## VOTRE DEMANDE



## II - PARTICIPATION DE LA SECURITE SOCIALE

NATURE DU CONGE	AGENTS TITULAIRES ou STAGIAIRES affiliés à la CNRACL <small>Temps complet et non complet ≥28h/semaine</small>	AGENTS TITULAIRES ou STAGIAIRES affiliés à la CNRACL <small>Temps non complet &lt; 28h/semaine</small>		AGENTS NON TITULAIRES	
		moins de 200 h par trimestre	plus de 200 h par trimestre	moins de 200 h par trimestre	plus de 200 h par trimestre
<b>ACCIDENT DE SERVICE Maladie professionnelle</b>	NEANT	28 jours : 60 % + à partir du 29e jour : 80 % + frais médicaux		28 jours : 60 % + à partir du 29e jour : 80 % + frais médicaux	
<b>MALADIE ORDINAIRE</b>	NEANT	NEANT	à partir du 4e jour 50 % jusqu'au 365e jour (1)	NEANT	à partir du 4e jour 50 % jusqu'au 365e jour (1)
<b>MALADIE GRAVE</b>	NEANT		à partir du 4e jour 50 % pendant 3 ans si affection longue durée (1)		à partir du 4e jour 50 % pendant 3 ans si affection longue durée (1)
<b>DECES</b>	NEANT	3 mois de salaire (2) (3)		3 mois de salaire (2) (3)	

(1) Les 50 % sont portés à 66,66% après le premier mois si 3 enfants à charge  
service  
indemnités SS sont limitées au plafond  
50 % du plafond SS

(2) Sous-réserve des restrictions du régime SS

NOTA : les % s'appliquent sur le traitement de base, y compris en accident de  
Toutes les

(3) Si le décès est consécutif à un accident de service : participation possible aux frais d'obsèques dans la limite de

### III - PRESTATIONS A LA CHARGE DE LACOLLECTIVITE

NATURE DU CONGE	AGENTS TITULAIRES ou STAGIAIRES affiliés à la CNRACL Temps complet et non complet ≥28h/semaine		AGENTS TITULAIRES ou STAGIAIRES affiliés à la CNRACL Temps non complet < 28h/semaine		AGENTS NON TITULAIRES	
	DUREE de l'obligation d'indemnisation	MONTANT en % du traitement	moins de 200 h par trimestre	plus de 200 h par trimestre	moins de 200 h par trimestre	plus de 200 h par trimestre
<b>ACCIDENT DE SERVICE Maladie professionnelle</b>	Jusqu'à la reprise des fonctions, mise à la retraite d'office ou sur demande	100 % + frais médicaux (6)	28 jours : 40 % + 2 mois : 20 %		Ancienneté : <1 an : ..... 1 mois : 40 % Entre 1 et 3 ans : ..... 1 mois : 40 % +1 mois : 20 % > 3 ans : ..... 1 mois : 40 % + ..... 20 %	
<b>MALADIE ORDINAIRE</b>	1 an	3 mois : 100 % + 9 mois : 50 % (1)	3 mois : 100 % + 9 mois : 50 %	3 jours : 100 % + à partir du 4e jour jusqu'au 90e jour : 50 % (5)	100 % des obligations de la collectivité	3 jours : 100 % + du 4e jour à la fin du 1er, 2e ou 3e mois selon ancienneté : 50 % (5)
<b>MALADIE GRAVE</b>	LONGUE MALADIE : 3 ans	1 an : 100 % 2ans : 50 % (1)	12 mois : 100 % + 24 mois : 50 %	3 jours : 100 % + à partir du 4e jour jusqu'au 365e jour : 50 % (5)	Après 3 ans d'ancienneté + impossibilité d'exercer son activité avec traitement prolongé 12 mois : 100 % + 24 mois : 50 %	Après 3 ans d'ancienneté + impossibilité d'exercer son activité avec traitement prolongé 3 jours : 100 % + à partir du 4e jour jusqu'au 365e jour : 50 % (5)
	LONGUE DUREE : 5 ans	3 ans : 100 % 2 ans : 50 %				
	LONGUE DUREE Contractée en service : 8 ans	5 ans : 100 % 3 ans : 50 %				
<b>DECES</b>	Titulaires < 60 ans 1 an de salaire + (2) majoration/enfant (3)(4)		NEANT		NEANT	
	STAGIAIRES ou TITULAIRES >60 ans 3 mois de salaire limité plafond SS (3)					

(1) Les 50 % sont portés à 66,66% si 3 enfants à charge  
service  
indemnités SS sont limitées au plafond  
50 % du plafond SS  
(2) Triplé si acte de dévouement  
(4) Majoration par enfant à charge (3% de l'indice brut 585)  
(5) Les 50 % sont réduits à 33,33 % après le premier mois si 3 enfants à charge  
(6) les frais médicaux sont dus jusqu'au décès de l'agent

NOTA : les % s'appliquent sur le traitement de base, y compris en accident de  
Toutes les

(3) Si le décès est consécutif à un accident de service : participation possible aux frais d'obsèques dans la limite de





## GRILLE D'ÉVALUATION CELLULE MAINTIEN DANS L'EMPLOI

Date :

Médecin :

### DONNEES CONCERNANT L'AGENT

Nom / Prénom : .....		
Collectivité : .....	Date d'entrée : .... / .... / .....	
Grade : .....		
Catégorie : A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>	Temps de travail hebdomadaire : .... H ....	
Niveau de Formation / Diplôme(s) : .....		
L'agent est-il reconnu travailleur handicapé?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
Statut de l'Agent : <input type="checkbox"/> Fonctionnaire CNRACL (≥28h/semaine)		
<input type="checkbox"/> Fonctionnaire Régime Général (<28h/semaine)		
<input type="checkbox"/> Agent non titulaire de droit public sur emploi permanent		
Situation actuelle : <input type="checkbox"/> En activité	<input type="checkbox"/> Arrêt maladie	<input type="checkbox"/> AT/MP
<input type="checkbox"/> CLM	<input type="checkbox"/> CLD	<input type="checkbox"/> Retraite
<input type="checkbox"/> Départ de la collectivité, si OUI pour quelle(s) raison(s) ? (disponibilité, invalidité, mutation...) : .....		

### DONNEES CONCERNANT LE POSTE ACTUEL

Service d'affectation : .....		
Poste occupé : .....		
Ce poste a-t-il été aménagé ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
▪ Si OUI, comment ? (matériels/outils, horaires, tierce personne, etc.) : .....		
.....		
.....		
▪ Si NON, s'agit-il d'un reclassement ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
▪ Une formation a-t-elle été nécessaire ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
Ce poste est-il dans la collectivité d'origine ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
Problèmes résiduels rencontrés sur le poste ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
▪ Si OUI, le(s)quel(s) ? : .....		
.....		
.....		
▪ Sont-ils dû à :	<input type="checkbox"/> Evolution de la pathologie	<input type="checkbox"/> Manque d'aménagement
<input type="checkbox"/> Autres, précisez : .....		
.....		

## DONNEES CONCERNANT L'ETAT DE SANTE

**Pathologie/Handicap qui a nécessité l'action de maintien dans l'emploi ? :**

.....

**Origine de la pathologie/handicap :**

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Accident de Travail | <input type="checkbox"/> Maladie Professionnelle | <input type="checkbox"/> Maladie Ordinaire |
| <input type="checkbox"/> Accident de la vie  | <input type="checkbox"/> Non renseigné           |  |

**Évolution de la pathologie/ des symptômes depuis la dernière visite médicale ?**

- |   |                                      |                                      |
|---|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Amélioration   | <input type="checkbox"/> Etat stable | <input type="checkbox"/> Aggravation |
| <input type="checkbox"/> Autre(s) pathologie(s) surajoutée(s), précisez : ..... |                                      |                                      |

**Traitement(s) / Soin(s) actuel(s) :** .....

.....

.....

**Nombre de jours/mois/années (environ) d'arrêt maladie pour cette pathologie :** .....

**Restriction(s) établie(s) ce jour :**  Maintien des restrictions précédentes

Autres, précisez : .....

.....

.....

## AVIS SUR LA DEMARCHE MAINTIEN DANS L'EMPLOI

**Évaluation des conditions dans lesquelles a été menée l'action, par l'agent :**

- |   |                                      |   |
|---|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Très satisfait | <input type="checkbox"/> Satisfait   | <input type="checkbox"/> Profil moyen       |
| <input type="checkbox"/> Peu satisfait  | <input type="checkbox"/> Insatisfait | <input type="checkbox"/> Ne se prononce pas |

**Ressenti de l'agent concernant la démarche :**

- |  |                                      |                                     |
|--|--------------------------------------|-------------------------------------|
| Pensez-vous avoir été consulté lors des décisions ?                              | OUI <input type="checkbox"/>         | NON <input type="checkbox"/>        |
| Pensez-vous avoir été correctement écouté ?                                      | OUI <input type="checkbox"/>         | NON <input type="checkbox"/>        |
| Avez-vous l'impression d'avoir été soutenu ?                                     | OUI <input type="checkbox"/>         | NON <input type="checkbox"/>        |
| Aviez-vous un interlocuteur identifié ?  | OUI <input type="checkbox"/>         | NON <input type="checkbox"/>        |
| Aviez-vous des informations régulièrement ?                                      | OUI <input type="checkbox"/>         | NON <input type="checkbox"/>        |
| Êtes-vous satisfait des conditions dans lesquelles vous conservez votre emploi ? | OUI <input type="checkbox"/>         | NON <input type="checkbox"/>        |
| Vous y retrouvez vous financièrement ?   | OUI <input type="checkbox"/>         | NON <input type="checkbox"/>        |
| Seriez-vous prêt à renouveler la démarche si besoin ?                            | OUI <input type="checkbox"/>         | NON <input type="checkbox"/>        |
| Les délais d'action vous ont semblé :  | Acceptables <input type="checkbox"/> | Trop longs <input type="checkbox"/> |

**De manière générale quelles auraient été les attentes de l'agent ? :** .....

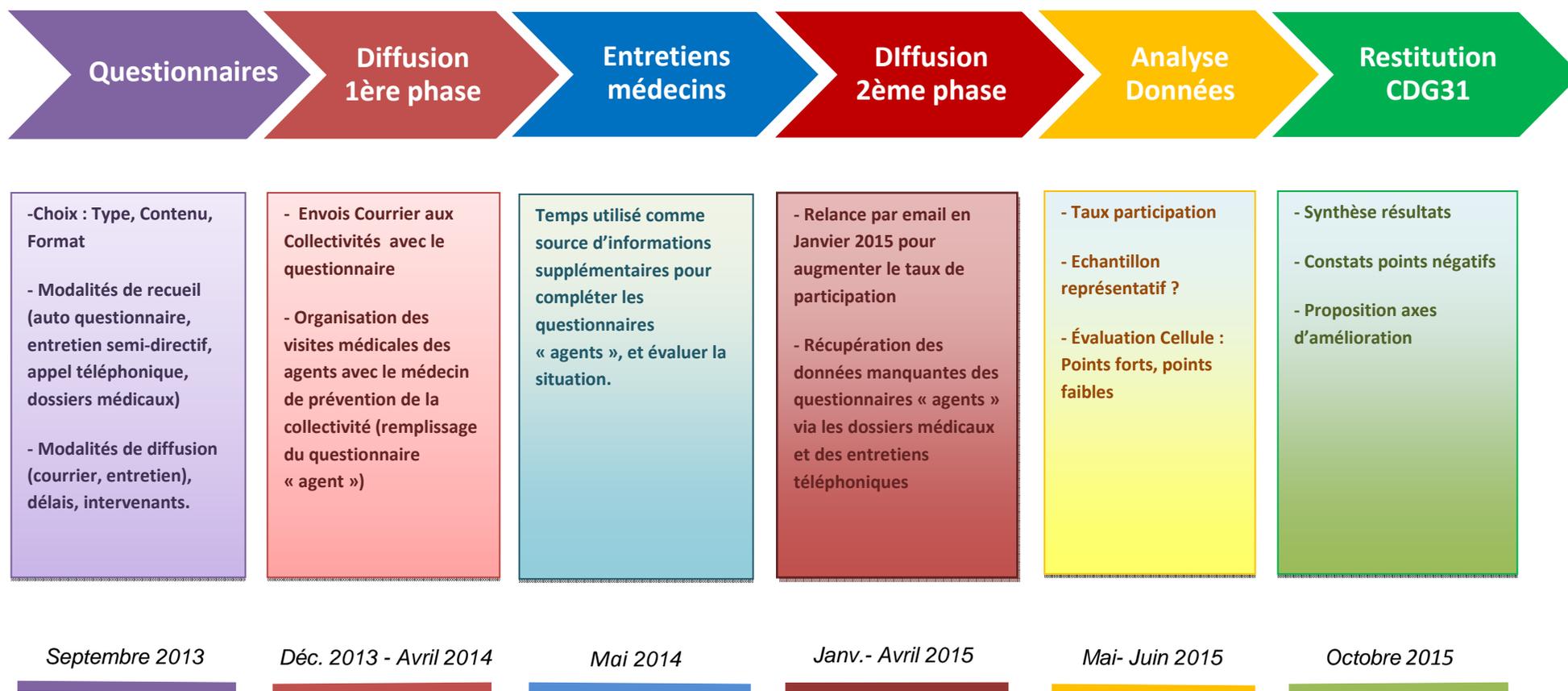
.....

.....

.....

.....

## PLANIFICATION DE L'ETUDE :



## Interventions successives du modèle de Sherbrooke

D'après (Loisel et al. 1997; Loisel et al. 1994).

Durée de l'arrêt de travail (en semaines)

PHASE AIGUE				PHASE SUBAIGUE								PHASE CHRONIQUE				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	...
<b>Soins usuels</b>				<b>Modèle de Sherbrooke</b>												
Parcours de soins				<b>Identification</b>		<b>Ergonomie Participative*</b>			<b>Ecole du dos</b>				<b>Retour Thérapeutique au travail **</b>			

\* Ergonomie participative : formation d'un groupe de travail associant un ergonomiste extérieur à l'entreprise, le travailleur lombalgique, son responsable direct, le cas échéant un collègue ou représentant syndical.

\*\* Retour thérapeutique au travail : intervention mixte de dréadaptation, initialement en milieu clinique puis rapidement décentralisée dans l'entreprise. Les interventions successives ne sont mises en œuvre que si le travailleur n'a pas repris le travail.

# **EVALUATION OF THE CONTRIBUTION OF A COMMISSION OF MAINTENANCE IN EMPLOYMENT IN THE TERRITORIAL FONCTION PUBLIC**

---

## **ABSTRACT :**

The maintenance in employment of workers has become a major stake of our society. In this context, the Territorial Fonction Public can count on the Centres de Gestion (CDG) to conduct a policy in maintaining employment in partnership with the FIPHFP. This study aims to assess the contribution of the commission of maintenance in employment set up within the CDG of Haute Garonne. To do this, we conducted a survey of 85 agents, and 68 communities from which they come, included in this commission in 2012. The required principal parameters were the main pathologies, conditions for maintaining or returning to employment, the effects on health in the medium term, the perception of the process. Although the conduct of the study was not able to make generalizable, they have identified important points to develop or improve the functioning of this commission: including early reporting of situations, multidisciplinary communication, the integration of workplace rehabilitation.

---

**KEYWORDS :** developments at the workplace, Territoriale Fonction Public, maintenance in employment, return to work, chronic diseases, handicap, evaluation of a device.

---

## **Évaluation de l'apport d'une commission maintien dans l'emploi dans la Fonction Publique Territoriale**

---

### **RESUME EN FRANÇAIS :**

Le maintien dans l'emploi des travailleurs est devenu un enjeu majeur de notre société. Dans ce contexte, la Fonction Publique Territoriale peut compter sur les Centres de Gestion (CDG) pour mener une politique de maintien dans l'emploi en partenariat avec le FIPHFP. Cette étude vise à évaluer l'apport de la commission maintien dans l'emploi mis en place au sein du CDG de la Haute Garonne. Pour ce faire, nous avons réalisé une enquête auprès de 85 agents et des 68 collectivités dont ils sont issus, inclus dans cette commission en 2012. Les paramètres principaux recherchés furent les pathologies, les conditions de maintien ou de retour dans l'emploi, les effets sur la santé à moyen terme, la perception de la démarche. Même si le déroulement de l'étude n'a pas permis de rendre les résultats généralisables, ces derniers ont permis d'identifier des points importants à développer ou améliorer dans le fonctionnement de cette commission : notamment le signalement précoce des situations, la communication pluridisciplinaire, l'intégration du milieu de travail à la réadaptation.

---

**TITRE EN ANGLAIS :** Evaluation of the contribution of a commission of maintenance in employment in the territorial fonction public

---

**DISCIPLINE ADMINISTRATIVE :** Médecine spécialisée clinique

---

**MOTS-CLÉS :** Aménagements du poste de travail, Fonction publique territoriale, maintien dans l'emploi, retour au travail, maladies chroniques, handicap, évaluation d'un dispositif.

---

**INTITULÉ ET ADRESSE DE L'UFR OU DU LABORATOIRE :**

Université Toulouse III-Paul Sabatier  
Faculté de médecine Toulouse-Purpan,  
37 Allées Jules Guesde 31000 Toulouse

---

Directeur de thèse : Séverine LAHILLE