



## PDP DIFFUSÉE : UNE ORGANISATION D'ANTICIPATION COLLECTIVE DU MAINTIEN EN EMPLOI

### **Dr Leonardo GIOVANNINI**

Médecin du travail – SIST Narbonne – Narbonne

### **Introduction / Objectifs :**

Une approche concertée et cohérente est essentielle pour maintenir les salariés en arrêt maladie dans l'emploi. Pour cette raison, nous avons créé une méthode d'étude des dossiers liés à la prévention de la désinsertion professionnelle (PDP) avec

un triage préalable et une discussion collégiale des problématiques.

Depuis 2022, la collaboration du SIST de Narbonne avec le service médical de la caisse primaire d'assurance maladie, les services sociaux de la CARSAT et CAP EMPLOI a conduit à la mise en place d'une cellule interinstitutionnelle de maintien en emploi (MEE) sur le territoire narbonnais. La création de cet outil avait pour cible la gestion des cas complexes, nécessitant un suivi impliquant les quatre institutions. En pratique, une réunion bimestrielle est organisée avec plusieurs membres de chaque Service et un nombre de 10 à 25 dossiers y est traité.

Ce type d'organisation permet un suivi complexe, mais manque de flexibilité et d'adaptabilité pour répondre rapidement aux questions de tous les cas de PDP. De plus, il ne permet pas la prise en charge de cas plus « *simples* », ni la prévention primaire ou secondaire de la désinsertion professionnelle.

À la recherche d'une évolution de nos pratiques, un essai sur la gestion des cas de PDP a été initié dans notre Service. Nos objectifs sont d'assurer une prise en charge précoce des situations à risque potentiel de désinsertion professionnelle, de préparer un pré-parcours de MEE avant la visite avec le médecin du travail, de suivre de près les dossiers sensibles, et enfin, d'harmoniser le traitement des parcours dans notre Service.

### **Méthodologie :**

Cinq des sept médecins qui font partie de notre Service ont participé à l'essai. Notre procédure comprend deux parcours. Le premier est dédié aux visites à la demande des salariés (visite à la demande et de pré-reprise) et le second est dédié aux salariés perdus de vue. Les dossiers des deux parcours sont traités de manière hebdomadaire par une équipe de travail pluridisciplinaire.

#### **Parcours 1 : Demandes de visite par le salarié**

Le salarié demande une visite de pré-reprise ou à la demande via le service de planification, en précisant le motif. Le service transmet la demande à l'IDEST (infirmier(e) diplômé(e) d'État en Santé au travail) qui l'a dans son portefeuille qui l'appelle par téléphone. Il expose ensuite le cas à un groupe de travail hebdomadaire composé de professionnels de santé et du maintien. Une orientation appropriée est éventuellement décidée avant la consultation médicale, avec ouverture d'un plan de MEE pour préparer le futur rendez-vous avec le médecin du travail ou, le cas échéant, permettre qu'il n'ait pas besoin d'avoir lieu.

#### **Parcours 2 : Suivi des salariés perdus de vue**

Une liste de salariés perdus de vue est extraite et transmise aux secrétaires médicales en cabinet pour mise à jour. Le secrétariat du secteur contacte l'entreprise pour savoir si le salarié est toujours en arrêt. En cas de réponse positive, l'IDEST suit la même procédure que pour le parcours 1. En cas de reprise, l'information est actualisée et une visite est programmée.

Il existe plusieurs possibilités d'entrer dans la liste des salariés perdus de vue. Il s'agit d'être :

- ▶ Déclarés en arrêt de travail par l'employeur au moment d'une convocation de visite périodique.
- ▶ Déclarés en arrêt de travail par eux-mêmes au moment d'une convocation de visite périodique.

- ▶ En demande d'une visite de pré-reprise.
- ▶ Déclarés par l'employeur au moment de la mise à jour de son effectif.
- ▶ Déclarés en arrêt de travail par la CPAM lors d'une demande de visite.
- ▶ Déclarés en arrêt de travail par le médecin traitant lors d'une demande de visite.

Les informations demandées par les IDEST sont décrites dans un mode opératoire « *conduite à tenir en 23 points* ». Les informations les plus importantes, en dehors des données administratives, sont : la raison de l'arrêt et sa durée, l'état de santé et son pronostic, les conditions de travail et les actions mobilisées pour une éventuelle reprise. Les IDEST peuvent effectuer entre 5 et 8 appels par semaine, concernant les deux parcours. Le temps consacré aux appels pendant la semaine est d'environ 2 heures.

En cas de dépassement de la limite de 8 appels, dû au grand nombre de visites à la demande, les demandes en excès seront traitées par des rendez-vous classiques directement avec le médecin du secteur. En cas d'absence de l'infirmier, également.

Un groupe de travail pluridisciplinaire a été créé pour échanger, gérer, adresser et suivre les dossiers des cas caractérisés par les IDEST grâce à l'échange téléphonique. Le groupe de travail hebdomadaire est constitué de 2 médecins du travail, 1 infirmier, 1 ergonome, 1 psychologue du travail et 1 secrétaire. Chaque IDEST y dispose de 30 minutes pour présenter les cas appelés. Le staff de secteur hebdomadaire entre l'IDEST et le médecin est aussi le moment pour échanger sur les dossiers. À ce moment, le médecin peut décider de prendre la main sur le dossier de maintien en emploi ou de laisser le pré-parcours décidé en réunion se dérouler.

L'équipe de travail pluridisciplinaire décide de manière collégiale du parcours éventuel du dossier. Plusieurs actions peuvent être mises en place pendant la réunion :

- ▶ Clôture pour raison personnelle (le salarié ne souhaite pas un suivi).
- ▶ Clôture pour raison administrative (parcours de retraite, indemnisation ou reconversion déjà terminée en autonomie).
- ▶ Appel d'un professionnel de santé de la cellule pour explications (demande concernant ses propres droits ou les compétences du SPSTI).
- ▶ Démarrage d'un plan de maintien par rendez-vous avec le médecin du travail du secteur (pour évaluation médicale et contact avec l'entreprise).
- ▶ Démarrage d'un plan de maintien avec activation d'un conseiller de maintien interne au SIST (psychologue du travail, ergonome et assistant social).
- ▶ Démarrage d'un plan de maintien avec activation d'un partenaire externe (CAP EMPLOI, CARSAT, mission locale...).
- ▶ Démarrage d'un plan de maintien hybride avec activation d'un partenaire interne et externe (situation complexe).
- ▶ Démarrage d'un plan de maintien avec passage à la cellule PDP interinstitutionnelle.

Les dossiers qui ne sont pas clôturés pendant la réunion sont réévalués trois mois plus tard. L'actualisation du suivi est alors faite par le médecin du secteur. Toutes les informations sont saisies et disponibles dans le logiciel métier à tout moment pour le médecin référent du salarié. Un tableau de bord des plans de MEE ouverts lui permet d'avoir une vue des cas passés par cette procédure d'anticipation avant de les recevoir.

### Résultats obtenus :

Pendant les quatorze premières sessions de notre groupe de travail, 150 cas ont été discutés. Parmi ceux-ci, 40 concernaient des salariés perdus de vue, 37 des visites à la demande pendant le temps de travail et 73 des demandes de visite de pré-reprise. L'âge moyen global était de 45 ans. Le ratio homme/femme était de 1 pour 2, avec 99 cas féminins et 51 masculins.

La discussion pendant la réunion a mobilisé 93 échanges avec des acteurs de la PDP ; 56 fois en interne à notre Service (ergonome, psychologue ou assistant social) et 37 fois en externe (CAP EMPLOI et la CARSAT).

Nous avons activé 48 outils de maintien directement, incluant temps partiel thérapeutique, essai encadré, bilan de compétences, adaptations de poste.

L'étude des 150 dossiers a déclenché 146 deuxièmes appels de la part d'un professionnel de santé et 60 visites en présentiel. Seulement 41 % des cas au total ont nécessité un contact avec le médecin du secteur.

Les secteurs d'activité les plus concernés ont été : médico-social (21 %), commerce de détail (15 %), transports (7 %) et administration publique (7 %).

Parmi les 150 cas traités, 86 ont été clôturés.

Dans ces derniers dossiers, 40,7 % ont abouti à un maintien au poste dans l'entreprise ; 37,2 % ont conduit à une solution sociale et 17,4 % sont restés sans suite. 5 dossiers clôturés faisaient partie du parcours 2 et 31 cas ont été clôturés pour inaptitude.

Concernant les visites à la demande (demande pendant le travail et pré-reprise), le délai moyen de premier contact par les infirmiers a été de 7,6 jours et le délai moyen d'activation d'une action de PDP depuis la demande a été de 19,1 jours. Le délai moyen de clôture d'un dossier a été de 31,2 jours avec une clôture à la suite de la première action à 9,6 jours. Ces temps sont assez variés car les écarts types ont une valeur grande (ex. : 8,1 jours pour le premier contact ; 27,5 pour la clôture). Le petit nombre de cas ne permet pas d'obtenir des différences statistiquement significatives dans les résultats, mais il n'y a pas d'écarts assez grands pour souligner des sous-populations particulières, ni par type d'entreprise ni par sexe.

## Discussion des résultats / Conclusion :

Dans cette expérimentation, nous avons proposé une procédure innovante pour la gestion des dossiers de MEE, intégrant une prise en charge précoce des situations à risque de désinsertion professionnelle.

La présence d'une population féminine beaucoup plus importante en termes absolus, et encore plus en termes relatifs, (sur notre territoire le ratio homme/femme s'inverse à 1,2:1), met en lumière une difficulté accrue pour les femmes à se maintenir en emploi. Une continuation de l'expérimentation pourrait peut-être caractériser cette disparité.

Une réflexion liée à l'âge moyen des cas est également à avoir. Nous avons noté que celui-ci est de 45 ans, alors que l'âge moyen de la population de notre Service est de 40,9 ans. Cette différence de 4,1 ans confirme les soucis liés aux MEE des salariés plus âgés et impose une réflexion concernant les salariés seniors.

A propos de la précocité, elle permet d'élaborer un pré-parcours de MEE personnalisé avant la consultation avec le médecin du travail. Cette préparation proactive permet non seulement de cibler les besoins spécifiques des travailleurs, mais aussi d'optimiser les ressources médicales. De plus, pendant l'expérimentation, un médecin a été absent pendant plusieurs semaines. Toutes les demandes de visites de son secteur ont été gérées dans un premier temps par le parcours 1, avec un impact organisationnel mineur sur le reste du service et une réduction de la charge sur l'équipe de médecins présents.

Les données relatives au délai de prise en charge du parcours 1 démontrent aussi une réactivité précoce de l'organisation, avec un premier contact établi en moyenne 7,6 jours après la demande initiale, et une première intervention de PDP réalisée en 19,1 jours. Ces résultats sont comparables à ceux obtenus par les médecins de notre Service, qui enregistrent un délai moyen de 14 jours pour une visite à la demande. Dans le Service en général la fenêtre pour une visite à la demande est située entre le 14<sup>ème</sup> et le 35<sup>ème</sup> jour.

Un des points forts de notre procédure est le suivi étroit des dossiers. La traçabilité dans le dossier médical garantit que chaque étape est documentée, réduit ainsi les risques de perte de vue des salariés et assure une intervention rapide si nécessaire. Le suivi régulier permet également de réévaluer constamment les besoins des travailleurs en ajustant les mesures de maintien en emploi en fonction de l'évolution de leur situation.

L'harmonisation des parcours est cruciale pour garantir une prise en charge équitable et cohérente de toutes les situations. En adoptant des procédures concertées et en formant nos équipes, nous avons pu créer un cadre plus uniforme pour la gestion des MEE. De plus, l'intelligence collective du groupe de travail joue un rôle clé dans notre approche. En mobilisant des compétences diverses et complémentaires, nous favorisons une analyse plus approfondie et une prise de décision plus éclairée. Cette collaboration interdisciplinaire permet une gestion plus linéaire des cas, en minimisant les divergences et les redondances.

L'un des avantages notables de notre procédure est l'économie de temps médical. En identifiant les cas non-critiques en amont, nous pouvons concentrer les ressources médicales sur les dossiers nécessitant une attention particulière. Cette stratégie non seulement améliore l'efficacité du processus, mais réduit également la charge de travail des professionnels de santé.

Avec ce type d'organisation, le médecin n'est pas désinvesti de son rôle avec l'entreprise ou avec le salarié comme dans un système de cellule PDP complètement centralisé où le médecin responsable de la cellule se substitue au collègue dans la gestion des cas. Le médecin du secteur reste informé et engagé, surtout pour l'évaluation médicale et le contact avec l'entreprise, mais dispose d'alliés au sein de la cellule pour fluidifier le dossier et faciliter le suivi.

Cette modalité opératoire répond aussi aux exigences de proactivité demandées par la certification. Le parcours 2, avec son esprit de prévention et d'« *aller vers* », a obtenu un consensus diffusé dans notre Service, alors que la mise en place du parcours 1 avait été controversée au sein de l'équipe médicale, par crainte de perte d'autorité sur la gestion des dossiers.

L'analyse de résultats longitudinaux permettra de lever ces freins au changement dans quelque temps ; peut-être la satisfaction des salariés et de leur employeur nous encouragera-t-elle également.

Cette nouvelle procédure a instauré un souffle collectif, engageant l'ensemble du Service dans une dynamique commune, et a renforcé la cohésion dans une efficacité augmentée.

Notre cellule PDP joue un rôle crucial en tant que facilitateur, accélérateur et gestionnaire de la qualité de la tenue des dossiers médicaux du service. Grâce à cette approche, la cellule PDP n'est pas perçue comme une entité isolée ou à part, mais comme un mode d'opérer commun à tous, garantissant une prise en charge optimale des travailleurs à risque de désinsertion professionnelle, tout en renforçant l'efficacité et l'unité de notre équipe.

Enfin, pour conclure du point de vue du management de l'équipe pluridisciplinaire dont nous faisons partie, nous pouvons dire que cette organisation est performante :

- ▶ parce qu'elle réunit les trois critères d'efficacité (atteinte des objectifs), d'efficience (un rapport résultat/coût intéressant) et d'effectivité (la satisfaction des parties prenantes au premier rang desquelles figurent tous les professionnels de la prévention de la désinsertion professionnelle) ;
- ▶ qu'elle évite les débats sur le sentiment de perte d'autorité sur les dossiers de son secteur en les confiant à une cellule centralisée.



Pour contacter l'auteur de cette communication : [l.giovannini@sist-narbonne.com](mailto:l.giovannini@sist-narbonne.com)