



Association Comète France  
Société Française de Médecine Physique et de Réadaptation  
Société Française de Médecine du Travail

## **RECOMMANDATIONS DE BONNE PRATIQUE**

Démarche précoce d'insertion socioprofessionnelle  
en établissements de soins de suite  
et de réadaptation spécialisés  
relevant des champs de compétences  
de la médecine physique et de réadaptation

### **Argumentaire**

**Juin 2011**

Cette recommandation de bonne pratique a reçu le label de la Haute Autorité de Santé (HAS). Ce label signifie que la recommandation a été élaborée selon les procédures et règles méthodologiques préconisées par la HAS. Toute contestation sur le fond doit être portée directement auprès du promoteur.

## SOMMAIRE

<b>Méthode de travail</b> .....	p 4
<b>1. METHODE RECOMMANDATIONS POUR LA PRATIQUE CLINIQUE</b> .....	p 4
<b>2. GESTION DES CONFLITS D'INTERETS</b> .....	p 8
<b>3. RECHERCHE DOCUMENTAIRE</b> .....	p 8
<b>3.1 Source d'informations</b> .....	p 8
3.1.1 Base de données bibliographiques automatisées..	p 8
3.1.2 Autres sources.....	p 8
<b>3.2 Stratégie de recherche</b> .....	p 9
<b>Abréviations</b> .....	p 10
<b>Glossaire</b> .....	p 12
<b>Argumentaire</b> .....	p 13
<b>1. INTRODUCTION</b> .....	p 13
<b>1.1 Contexte</b> .....	p 13
<b>1.2 Thème</b> .....	p 13
<b>1.3 Populations concernées</b> .....	p 14
<b>1.4 Professionnels concernés</b> .....	p 14
<b>1.5 Objectifs des recommandations</b> .....	p 14
<b>2. PREAMBULE</b> .....	p 15
<b>2.1 Contexte politique et réglementaire</b> .....	p 15
<b>a. Introduction</b> .....	p 15
<b>b. En France</b> .....	p 16
<b>c. Bases réglementaires de la santé au travail</b> .....	p 18
<b>2.2 Définition de la démarche précoce d'insertion</b> .....	p 19
<b>2.3 Intérêt de la démarche précoce d'insertion</b> .....	p 20
<b>3. QUELS MOYENS (HUMAINS ET TECHNIQUES) SONT A MOBILISER POUR METTRE EN ŒUVRE LA DPI SOCIOPROFESSIONNELLE ?</b> .....	p 35
<b>4. REPERAGE DES PERSONNES SUSCEPTIBLES DE BENEFICIER DE LA DPI SOCIOPROFESSIONNELLE</b> .....	p 41
<b>5. INFORMATION DE LA PERSONNE SUR LE PROCESSUS DE DPI ET CRITERES D'INCLUSION</b> .....	p 44
<b>6. CONSTRUCTION ET MISE EN ŒUVRE DU PROJET D'INSERTION SOCIOPROFESSIONNELLE DE LA PERSONNE</b> .....	p 48

<b>7. QUELLES SONT LES ARTICULATIONS ENTRE L'ETABLISSEMENT DE SSR ET LES DISPOSITIFS EXTERIEURS ŒUVRANT DANS LE CHAMP DE L'INSERTION PROFESSIONNELLE ?</b> .....	p 58
<b>8. SUIVI DE LA PERSONNE APRES LA MISE EN ŒUVRE DU PROJET D'INSERTION SOCIOPROFESSIONNELLE</b> .....	p 61
<b>9. PLACE DE LA PERSONNE TOUT AU LONG DU PROCESSUS</b> .....	p 64
<b>10. TRAÇABILITE</b> .....	p 66
<b><u>Annexes</u></b> .....	p 69
<b>Annexe 1</b> Questionnaire « recensement des pratiques professionnelles ».....	p 69
<b>Annexe 2</b> Analyse du recensement des pratiques professionnelles.....	p 79
<b>Annexe 3</b> Renseignements recommandés dans les documents de pré-admission en SSR spécialisé facilitant le repérage d'un besoin d'accompagnement socioprofessionnel .....	p 83
<b>Annexe 4</b> Accompagnement socio-environnementale tout au long du processus.....	p 84
<b>Annexe 5</b> Projet de vie avec dimension professionnelle exprimé par la personne Projet non défini – Souhait d'aide à l'élaboration.....	p 85
<b>Annexe 6</b> Projet de vie avec dimension professionnelle exprimé par la personne Projet identifié par le patient – Souhait d'accompagnement.....	p 86
<b>Annexe 7</b> Perspectives.....	p 89
<b>Références bibliographiques</b> .....	p 91
<b>Participants</b> .....	p 96

## **Méthode de travail**

### **1. METHODE RECOMMANDATIONS POUR LA PRATIQUE CLINIQUE**

Les recommandations de bonne pratique sont définies comme « des propositions développées méthodiquement pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données ». Il s'agit d'une des méthodes utilisées par la Haute Autorité de Santé (HAS) pour élaborer des recommandations professionnelles. Elle repose d'une part, sur l'analyse et la synthèse critique de la littérature médicale disponible, et, d'autre part sur l'avis d'un groupe multidisciplinaire de professionnels concernés par le thème des recommandations.

#### **1.1 Choix du thème de travail**

Le thème a été proposé par l'association COMETE FRANCE (loi 1901) qui fédère depuis 1992 des établissements de SSR spécialisés (36 en 2011), afin que les personnes hospitalisées puissent bénéficier d'une démarche d'insertion socioprofessionnelle précoce et pluridisciplinaire de qualité.

Ce thème de l'insertion socioprofessionnelle concerne particulièrement les médecins de MPR et les médecins du travail. Cela a conduit COMETE FRANCE à s'associer avec la Société Française de Médecine Physique et de Réadaptation (SOFMER) et la Société Française de Médecine du Travail (SFMT) qui ont accepté d'être copromoteurs de ce projet.

Les missions des établissements de SSR spécialisés (décrets du 17 avril 2008) prévoient un accompagnement à la réinsertion sociale, scolaire ou professionnelle (1,2). Malgré l'existence d'une norme AFNOR sur la Démarche Précoce d'Insertion, réalisée en 2004 (3), les copromoteurs ont jugé important de préciser le contenu du process et les moyens à mettre en œuvre pour y parvenir.

La démarche précoce d'insertion socioprofessionnelle étant initiée et mise en œuvre dans les établissements de SSR spécialisés, relevant du champ sanitaire, les copromoteurs ont souhaité inscrire ce travail dans le cadre de recommandations de bonne pratique avec une procédure de demande de labellisation auprès de la Haute Autorité de Santé.

#### **1.2 Comité d'organisation**

Un comité d'organisation a été constitué par les copromoteurs. Il est composé de 9 membres : des représentants de chaque promoteur (COMETE FRANCE, SOFMER, SFMT), et un représentant de L'ADAPT (Association pour l'insertion sociale et professionnelle des personnes handicapées), associations et sociétés qui travaillent depuis de nombreuses années

sur cette thématique. Le comité d'organisation s'est adjoint le soutien d'une méthodologiste (Directeur qualité dans un établissement de SSR). (cf. liste des participants).

D'une part, ce comité d'organisation a :

- défini précisément les objectifs, les champs ainsi que les cibles et les utilisateurs des recommandations,
- formulé les questions à traiter,
- organisé le recensement des pratiques,
- déterminé les professionnels membres des groupes de travail et de lecture,
- rédigé la procédure de prévention et de gestion des conflits d'intérêts et le dossier de demande de labellisation,
- défini les modalités de diffusion des recommandations.

D'autre part, il a désigné le président du groupe de travail qui a sélectionné et analysé, avec l'aide des membres du comité d'organisation, la littérature pertinente permettant de rédiger l'argumentaire scientifique des recommandations en définissant le niveau de preuve des études retenues.

Les questions posées par le comité d'organisation étaient les suivantes :

- Comment définir la démarche précoce d'insertion socioprofessionnelle Quels moyens (humains et techniques) sont à mobiliser pour mettre en œuvre la DPI ?
- Comment assurer la précocité de la démarche ?
- Comment construire et mettre en œuvre le projet d'insertion socioprofessionnelle ?
- Quel suivi de la personne après la mise en œuvre du projet ?
- Quelle est la place de la personne au cours du projet ?
- Quelle traçabilité assurer ?

### **1.3 Groupe de travail**

Un groupe de travail pluridisciplinaire a été constitué par le comité d'organisation. Il est composé de professionnels ayant un mode d'exercice public ou privé, d'origines géographiques diverses et de représentants d'associations des usagers. Un président a été nommé par le comité d'organisation pour coordonner le travail du groupe, en collaboration avec le méthodologiste.

### **1.4 Rédaction de la première version des recommandations**

Une première version des recommandations a été rédigée par le groupe de travail à partir de l'argumentaire scientifique, des résultats de l'analyse du recensement des pratiques et des avis exprimés au cours des réunions de travail. Cette première version des recommandations a été soumise au groupe de lecture.

### **1.5 Groupe de lecture**

Un groupe de lecture a été constitué par le comité d'organisation selon les mêmes critères que pour le groupe de travail. Il a été consulté par courrier électronique et a donné son avis sur le

fond et la forme de l'argumentaire scientifique et des recommandations, en particulier sur la lisibilité et l'applicabilité de ces dernières.

## **1.6 Version finale des recommandations**

Les commentaires du groupe de lecture ont été analysés par le groupe de travail qui a modifié si besoins l'argumentaire et rédigé la version finale des recommandations et leur synthèse.

## **1.7 Coordination et sources des données**

Le méthodologiste a assuré la conformité et la coordination de l'ensemble du travail suivant les principes méthodologiques de la HAS.

Une recherche documentaire a été effectuée, par le président du groupe de travail, en interrogeant plusieurs banques de données bibliographiques. Ont été recensées les conférences de consensus, les études et les revues systématiques de la littérature. Les documents non accessibles par les circuits conventionnels de diffusion de l'information (littérature grise) ont été recherchés. Par ailleurs, les textes législatifs et réglementaires ayant un rapport avec le thème ont été consultés. Les langues retenues ont été le français et l'anglais. Les recherches documentaires ont été initiées dès le démarrage du travail et mises à jour tout au long de celui-ci. Ces recherches ont porté sur la période 2004-2011. Elles ont alimenté le travail de rédaction des recommandations et la construction de l'argumentaire.

Un recensement des pratiques a été réalisé auprès de 30 établissements de SSR spécialisés répartis sur le territoire français. 29 de ces établissements ont une expérience de la DPI pour l'avoir développée et mise en œuvre depuis plusieurs années, dans le cadre de leur adhésion au réseau COMETE FRANCE. Ils ont reçu un questionnaire (cf annexe 1) à compléter, de préférence, de façon pluridisciplinaire.

L'objectif de ce recensement était d'une part d'alimenter la réflexion par l'apport de l'expérience du terrain des professionnels d'établissements de SSR spécialisés ayant déjà développé la DPI, d'autre part, de mieux connaître le fonctionnement de ces établissements et les réseaux mis en place.

La limite de ce recensement, qui ne reflète que les pratiques liées à la charte COMETE FRANCE, a été prise en compte dans les réflexions du groupe de travail.

Cependant, associée à l'analyse de la littérature, cette remontée riche d'informations du terrain, a contribué à définir les bonnes pratiques de la DPI en France.

## **1.8 Gradations des recommandations**

Chaque article sélectionné a été analysé selon les principes de lecture critique de la littérature à l'aide de grilles de lecture, ce qui permet d'affecter à chacun un niveau de preuve scientifique. Selon le niveau de preuve des études sur lesquelles elles sont fondées, les recommandations ont un grade variable, coté A, B ou C selon l'échelle proposée par la HAS (tableau ci-dessous).

Les autres textes sélectionnés ont été qualifiés « texte réglementaire » ou « avis d'expert ».

<b>Niveau de preuve des études et grade des recommandations</b>	
<b>Niveau de preuve scientifique fourni par la littérature</b>	<b>Grade des recommandations</b>
<p style="text-align: center;"><b>Niveau 1</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Essais comparatifs randomisés de forte puissance</li><li>• meta-analyse d'essais comparatifs randomisés</li><li>• analyse de décisions basées sur des études bien menées</li></ul>	<p><b>A</b> Preuve scientifique établie</p>
<p style="text-align: center;"><b>Niveau 2</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Essais comparatifs randomisés de faible puissance</li><li>• Etudes comparatives non randomisées bien menées</li><li>• Etude de cohorte</li></ul>	<p><b>B</b> Présomption scientifique</p>
<p style="text-align: center;"><b>Niveau 3</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Etude cas-témoin</li></ul>	
<p style="text-align: center;"><b>Niveau 4</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Etudes comparatives comportant des biais importants</li><li>• Etudes rétrospectives</li><li>• Séries de cas</li><li>• Etudes épidémiologiques descriptives (transversale, longitudinale)</li></ul>	<p><b>C</b> Faible niveau de preuve</p>

Dans ce texte les recommandations non gradées sont fondées sur un accord professionnel au sein du groupe de travail après avis du groupe de lecture. L'absence de gradation ne signifie pas que les recommandations ne sont pas pertinentes et utiles.

### **1.9 Labellisation des recommandations par la HAS**

Les documents ont été soumis à la HAS dans le cadre de la procédure d'attribution de son label. Le Collège de la HAS a accordé le label à ces recommandations.

### **1.10 Diffusion des recommandations**

Les textes des recommandations de bonne pratique, de l'argumentaire et de la synthèse des recommandations sont disponibles sur les sites Internet des trois copromoteurs, Comète France, la Société française de Médecine du Travail (SFMT) et la Société Française de Médecine Physique et de Réadaptation (Sofmer).

Les sites Internet des différents partenaires ayant participé à la rédaction des recommandations de bonne pratique contribuent également à la diffusion des recommandations.

Les recommandations de bonne pratique font l'objet de communications au sein de congrès, colloques ou séminaires ainsi et que de parutions dans des revues spécialisées.

## **2. GESTION DES CONFLITS D'INTERETS**

Les membres du comité d'organisation et du groupe de travail ont communiqué leurs déclarations d'intérêts aux promoteurs. Elles ont été analysées par le comité d'organisation et le méthodologiste afin d'éviter les conflits d'intérêts. Les participants travaillant au sein du réseau COMETE FRANCE n'ayant aucun intérêt financier dans ce travail, aucun conflit d'intérêt n'a été retenu.

## **3. RECHERCHE DOCUMENTAIRE**

La recherche a porté sur tout type d'article publié depuis 2004 concernant :

- les personnes en âge de travailler (16-âge légal de la retraite)
- présentant des pathologies telles que lésion médullaire, accident vasculaire cérébral, traumatisme crânien, sclérose en plaques, brûlures, rhumatisme chronique, lombalgie chronique
- prises en charge en secteur d'hospitalisation en médecine physique et de réadaptation,
- pour lesquelles la problématique de retour au travail a été étudiée.

### **3.1 Source d'informations**

#### **3.1.1 Base de données bibliographiques automatisées**

Medline (National Library of medicine, Etats-Unis)

Cochrane library (Grande Bretagne)

PEDRO (Physiotherapie Evidence database)

CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature, Etats-Unis)

Trip database (clinical search engine)

BDSP (Banque de Données en Santé Publique, France)

SAPHIR (CTNERHI, France)

#### **3.1.2 Autres sources**

Les sites d'information francophones tels que :

- la documentation française,
- santé canada,
- l'ACMTS (Agence Canadienne des Médicaments et des Technologies de la Santé),
- l'AETMIS (Agence d'Evaluation des Technologies et des Modes d'Intervention en Santé),
- le centre fédéral d'expertise des soins de santé belge (KCE),
- la bibliothèque interuniversitaire de médecine,
- le ministère de la santé,
- la Haute Autorité de Santé,
- le Catalogue et index des sites médicaux francophones (Cismef),
- l'AFNOR,



- l'Organisation Mondiale de la Santé,
- l'Organisation internationale des Nations Unies,
- Recherche santé,
- Legifrance,
- le Bulletin épidémiologique hebdomadaire,
- la Société Française de Médecine Physique et de Réadaptation,
- le Collège Français des enseignants universitaires de médecine physique et de réadaptation,
- Cinergie.

Les sites d'information anglophones tels que :

- Guidelines Finder ou The National Institute of Clinical Excellence (NICE) (Grande-Bretagne),
- National Guideline Clearinhouse (Etats-Unis),
- Institute Health and Life Sciences,

De plus les listes de références citées dans les articles sélectionnés ont été consultées. Enfin, les membres du groupe de travail et de lecture pourront transmettre des articles de leur propre fond bibliographique.

Par ailleurs, les décrets, arrêtés et circulaires du ministère de la Santé pouvant avoir un rapport avec le thème, ont été consultés.

### **3.2 Stratégie de recherche**

Les banques de données ont été interrogées sur la période 2004-2010. Seules les publications en langue française ou anglaise ont été retenues. Les mots clés retenus et associés ont été :

#### Concernant les pathologies :

(« Central cord syndrom »[MesH]) OR (« spinal cord injuries »[MesH]) OR (« spinal cord compression »[Mesh]) OR (« stroke »[MesH : noexp]) OR (« brain injuries»[MesH: noexp]) OR (“low back pain”[MesH]) OR (“multiple sclerosis”[MesH] OR (“disability”[title /abstract]) OR (“chronic rheumatism”[MesH])

#### Concernant la réinsertion professionnelle :

(« Rehabilitation »[MesH]) OR (“Employment, supported”[MesH]) OR(“ Rehabilitation, Vocational”[MesH]) OR (“Work Capacity Evaluation”[MesH]) OR (“return to work”[Title/abstract])

#### Concernant la notion de Précocité :

(early [title/abstract]) AND early intervention) OR early [Title/Abstract]

Concernant la MPR :

("PMR"[Title/abstract]) OR ("Rehabilitation Centers"[MesH])

201 références ont été obtenues sur Medline, 7 sur The cochrane library, 150 sur CINAHL, 0 sur PEDRO et 175 sur Trip database.

Nombre total de références obtenues tout type de documents confondus	957 références
Nombre total de références analysées	105
Nombre total de références citées	58

## ABREVIATIONS

AFNOR	Agence Française de NORmalisation
AGEFIPH	Association de Gestion des Fonds pour l'insertion des personnes handicapées
ARH	Agence Régionale de l'Hospitalisation
AVC	Accident Vasculaire Cérébral
AVQ	Activité de la Vie Quotidienne
CARSAT	Caisse d'Assurance Retraite et de santé au Travail
CNAM	Caisse Nationale d'Assurance maladie
CDAPH	Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées
CHSCT	Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail
CCA	Commission Communale d'Accessibilité
CIF	Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé
CPOM	Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CRP	Centre de Rééducation Professionnelle
CTNERHI	Centre Technique National Etudes et Recherches sur les Handicaps et Inadaptations
DPI	Démarche Précoce d'Insertion
DRH	Direction des Ressources Humaines
ESAT	Etablissements et Services d'Aide par le Travail
FIPHFP	Fonds pour l'Insertion des Personnes Handicapées dans la Fonction Publique
FRE	Fauteuil Roulant Electrique
GEVA	Guide d'évaluation des besoins de compensation de la personne handicapée
HAS	Haute Autorité de Santé
IPRP	Intervenant en Prévention des Risques Professionnels
L'ADAPT	Association pour l'insertion sociale et professionnelle des personnes handicapées
MCO	Médecine Chirurgie Obstétrique
MDPH	Maison Départementale des Personnes Handicapées
MPR	Médecine Physique et de Réadaptation
MSA	Mutualité Sociale Agricole
NHS	National Health Service
OCDE	Organisation de Coopération et de Développement Economiques
OETH	Obligation d'Emploi des Travailleurs Handicapés
ONU	Organisation des Nations Unies
OPCA	Organismes Paritaires Collecteurs Agréés
OR	Odd Ratio

*Démarche précoce d'insertion socioprofessionnelle en établissements de soins de suite et de réadaptation  
spécialisés relevant des champs de compétences de la médecine physique et de réadaptation  
Argumentaire*

---

PPCH	Plan Personnalisé de Compensation du Handicap
RQTH	Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé
RSI	Régime Social des Indépendants
SAMETH	Service d'Appui au Maintien dans l'Emploi des Travailleurs Handicapés
SEP	Sclérose En Plaques
SFMT	Société Française de Médecine du Travail
SOFMER	Société Française de Médecine Physique et de Réadaptation
SPE	Service Public de l'Emploi
SSR	Soins de Suite et de Réadaptation
TC	Traumatisme Crânien
TMS	Troubles musculo-squelettiques
UEROS	Unité d'Evaluation, de Réentraînement, et d'Orientation Sociale et socioprofessionnelle

## **GLOSSAIRE**

### **1. Equipe pluridisciplinaire**

Le terme équipe pluridisciplinaire comprend l'ensemble des professionnels de l'établissement de SSR spécialisé, au sens des décrets du 17 avril 2008, intervenant auprès de la personne dans le cadre de son hospitalisation. L'équipe de DPI fait partie intégrante de cette équipe pluridisciplinaire (cf. chapitre 2.1).

### **2. Entreprise**

Comprend, selon l'environnement ou la taille de l'entreprise : l'employeur, la DRH, les responsables hiérarchiques, le collectif de travail, les instances représentatives du personnel, le CHSCT, le service social du travail s'ils existent.

### **3. Organismes d'assurance maladie**

Regroupent tous les organismes missionnés par l'état pour assurer l'ensemble des risques sociaux des travailleurs salariés ou non, professions libérales, travailleurs indépendants et salariés agricoles. On peut citer : la CNAM, la MSA, le RSI, etc. Ces organismes disposent notamment de services sociaux intégrés.

### **4. Principaux opérateurs d'insertion et de maintien dans l'emploi identifiés en 2010 (liste non exhaustive)**

Il s'agit de tous les organismes impliqués dans l'insertion professionnelle : le service public de l'emploi (dont le Pôle emploi, le réseau Cap Emploi), les CRP et centres de pré-orientation, les missions handicap des entreprises, des administrations, ou des universités, les UEROS, les Sameth, les Esat, les Entreprises Adaptées, les Centres de distribution de Travail à Domicile, toutes les associations impliquées dans l'insertion professionnelle...

### **5. Service de santé au travail**

Comprenant les médecins du travail, les intervenants en prévention des risques professionnels (IPRP dont les ergonomes, ingénieurs de sécurité, psychologues du travail...), les infirmières du travail et les assistants de service social.

### **6. Situation de travail**

Concerne à la fois :

- l'implantation géographique de l'entreprise,
- le contexte économique et organisationnel de l'entreprise (situation actuelle et projets), dont vont dépendre en partie le plan de formation, les possibilités de reclassement (au sein de l'entreprise, d'un groupe...),
- les valeurs de l'entreprise,
- le contenu du poste de travail (activité réelle de travail), l'accessibilité au poste, les déplacements en lien avec l'activité professionnelle (y compris les trajets domicile travail).

## **ARGUMENTAIRE**

### **1. INTRODUCTION**

#### **1.1 Contexte**

Les décrets du 17 avril 2008 relatifs aux conditions d'implantation applicables à l'activité de soins de suite et de réadaptation (SSR), confirment les missions d'accompagnement à la réinsertion sociale, scolaire ou professionnelle des établissements de SSR spécialisés.

Les changements de représentation sociale du handicap, en grande partie portés par la Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé, de l'Organisation Mondiale de la Santé, fondent la nécessité d'une prise en charge globale de la personne, pour qui la sphère du travail est important.

Or ces missions d'accompagnement à la réinsertion sont peu codifiées dans la littérature. Il est apparu important à l'association Comète France, la SOFMER et la SFMT que des recommandations de bonne pratique puissent être élaborées sur la démarche précoce d'insertion sociale et professionnelle en établissements de soins de suite et de réadaptation spécialisés.

#### **1.2 Thème**

Ce travail de rédaction de recommandations de bonne pratique porte sur la démarche précoce d'insertion socioprofessionnelle (DPI) que l'on peut définir comme un processus d'accompagnement des personnes hospitalisées en établissement de SSR spécialisé qui :

- intègre dès les premières étapes du parcours, la dimension socioprofessionnelle dans le projet de soins de la personne,
- débute à la phase de pré-admission et se prolonge jusqu'au suivi de l'insertion socioprofessionnelle (accès ou maintien dans l'emploi, entrée en formation, reprise ou continuation d'études),
- repose sur un fonctionnement pluridisciplinaire, impliquant les professionnels des établissements de SSR spécialisés en partenariat avec les professionnels de l'insertion extérieurs aux établissements,
- permet d'enclencher une dynamique partagée, facilitant la participation de la personne dans la construction et la mise en œuvre de son projet socioprofessionnel,
- participe à la continuité et la fluidité dans le parcours de soins et d'insertion de la personne.

La finalité de la DPI est d'augmenter les chances d'inclusion sociétale de la personne.

Le caractère précoce permet de prendre en compte, dès les premières étapes du parcours de la personne, la dimension socioprofessionnelle, tout en assurant les soins, la réadaptation et la réinsertion.

Le champ des recommandations est limité aux conditions particulières de prise en charge des pathologies nécessitant la qualification de médecine physique et de réadaptation comme définies dans les décrets du 17 avril 2008 relatifs aux conditions techniques de fonctionnement applicables à l'activité de soins de suite et de réadaptation. Il s'agit des établissements de SSR spécialisés dans les affections de l'appareil locomoteur, du système nerveux et des brûlés.

### **1.3 Populations concernées**

Sont concernées les personnes :

- hospitalisées dans un établissement de SSR spécialisé relevant du champ de compétences de la médecine physique et de la réadaptation,
- âgées entre 16 ans et l'âge légal de départ à la retraite,
- en situation de handicap, qu'il s'agisse d'un handicap acquis ou non, (pour exemple lésion médullaire, accident vasculaire cérébral, pathologie chronique évolutive, ostéo-articulaire, etc) à l'exclusion d'un handicap psychique isolé,
- et susceptibles d'avoir besoin d'un accompagnement, au regard de leur projet professionnel (accès ou maintien dans l'emploi, entrée en formation, reprise ou continuation d'études).

### **1.4 Professionnels concernés**

- A) Les professionnels exerçant dans un établissement de soins de suite et de réadaptation spécialisé (médecin, ergothérapeute, ergonome, assistant de service social, psychologue, chargé d'insertion, psychomotricien...) et impliqués dans la prise en charge de la personne inscrite dans le processus DPI.
- B) Les professionnels n'exerçant pas dans un établissement de SSR spécialisé mais participant au processus de démarche précoce d'insertion socioprofessionnelle (services de santé au travail, médecins conseil des organismes d'assurance maladie médecins spécialistes généralistes ou de spécialités médicales, services sociaux, Agefiph, FIPHFP, OETH, MDPH, réseau Cap Emploi, etc).

### **1.5 Objectifs des recommandations**

Ces recommandations de bonne pratique ont pour objectif de favoriser et d'harmoniser la prise en charge des personnes hospitalisées en établissement de SSR spécialisé dans les affections de l'appareil locomoteur, du système nerveux et des brûlés. Ceci, afin de garantir la qualité de l'accompagnement proposé aux personnes inscrites dans un processus de DPI au regard des éléments de la littérature, des exigences normatives et réglementaires, et de l'expérience des établissements engagés depuis plusieurs années dans cette démarche.

Les recommandations professionnelles peuvent être le support de démarches d'évaluation des pratiques professionnelles et de mise en valeur de la qualité de la prise en charge dans les établissements de SSR spécialisés concernés.

## **2. PREAMBULE**

### **2.1 Contexte politique et réglementaire**

#### **a. Introduction**

Aucun pays ne bénéficie de politiques similaires sur les sujets tels que l'emploi, la formation ou encore la santé et la protection sociale. La législation, en particulier sur le droit du travail, et l'emploi des personnes handicapées est elle aussi très différente (7-11). Les mesures incitatives à l'emploi de personnes reconnues handicapées sont différentes d'un pays à l'autre. Ainsi le taux de personnes handicapées que les entreprises (publiques ou privées) doivent obligatoirement employer varie de 6% en France à 7% en Italie ou encore 4% en Autriche (7). En cas de non respect de ce taux d'emploi, une contribution financière est appliquée, comme en France, par exemple, auprès de l'Agefiph. D'autres types de sanctions financières existent, comme l'obligation, pour les employeurs des Pays-Bas n'ayant pas réalisé d'efforts suffisants permettant de reclasser un travailleur handicapé, de financer deux ans d'indemnités maladie. Or toutes ces organisations conditionnent à la fois les modalités de prise en charge des personnes hospitalisées en médecine physique ou de réadaptation et les modalités d'insertion socioprofessionnelle.

Nombres de documents visant à étudier la problématique du handicap au travail, tels que les études menées auprès des pays Européens par le CTNERHI (7-12) ou encore le rapport de l'OCDE sur « maladie, invalidité et travail » (13), mentionnent l'importance de l'absence de « chronicisation » en arrêt maladie, risque majeur de désinsertion professionnelle définitive.

L'intervention à un stade précoce est considérée comme un élément fort des réformes structurelles menées en faveur de l'insertion des personnes handicapées (13). Ces interventions visent à apporter soutien et expertise aux employeurs et aux salariés à un stade précoce d'arrêt de travail, afin « de maintenir les liens avec le marché du travail ». La focalisation sur les capacités partielles de travail, la mise en œuvre de système efficace de « reporting administratif » du suivi des arrêts maladie, la sensibilisation des professionnels de santé ou encore le soutien financier aux entreprises impliquées et le développement des activités professionnelles à temps partiel sont autant de leviers utilisés par certains pays européens. Certains exemples sont intéressants. Alors que la Norvège et le Royaume-Uni ont fusionné l'équivalent du Service Public de l'emploi et de l'autorité de l'assurance nationale au sein d'une

même administration publique, créant ainsi un « guichet unique » offrant le conseil en matière de prestations et l'aide aux personnes en âge de travailler, avec semble-t-il de bons résultats (13). Cependant, aucun de ces documents ne décrit de façon précise le processus de mise en œuvre de cette prise en charge précoce.

L'ensemble des références décrivant des méthodologies de prise en charge précoce, débutant en milieu sanitaire, retenues pour élaborer ces recommandations, s'inscrivent dans un contexte politique et réglementaire propre à chaque pays et ne permettent jamais d'apporter de réponse exactement transposable dans notre pays.

Elles n'en sont pas moins très riches d'enseignement car la philosophie des processus de prise en charge est tout à fait concordante et les résultats tout à fait encourageants, même s'ils restent d'un niveau de preuve scientifique faible voire insuffisant.

Sur le plan international, la convention relative aux droits des personnes handicapées de l'ONU, signée par la France en 2007 et ratifiée en février 2010, vise à promouvoir des programmes de réadaptation technique et professionnelle, de maintien dans l'emploi et de retour à l'emploi des personnes handicapées (14).

D'autre part, la charte sur « l'évaluation professionnelle des personnes handicapées » édictée par le conseil de l'Europe en 1995 positionne clairement le cadre et la finalité de ce processus, en précisant que :

- « l'évaluation professionnelle des personnes handicapées désigne le processus d'évaluation des aptitudes professionnelles des personnes et des exigences du poste de travail, ainsi que la comparaison et le rapprochement de ces évaluations en vue de l'intégration ou de la réintégration professionnelle. »
- « l'évaluation professionnelle fait partie intégrante de la réadaptation et de l'intégration professionnelle ainsi que de l'aide et du suivi au travail ». L'association au stade le plus précoce possible des aptitudes et des exigences professionnelles dans les projets de réadaptation permet d'harmoniser des mesures médicales, thérapeutiques, scolaires et professionnelles avec l'objectif final de l'intégration professionnelle » (15).

## **b. En France**

En France, la loi du 11 février 2005, pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées (16) a bouleversé la prise en compte du handicap dans notre société. Les articles 23 à 40 concernent la formation professionnelle et l'emploi. On pourra citer en exemple,

- l'article 19 qui précise que « le service public de l'éducation assure une formation scolaire, professionnelle ou supérieure aux enfants, aux adolescents et aux adultes présentant un handicap ou un trouble de la santé invalidant. Dans ses domaines de



compétence, l'Etat met en place les moyens financiers et humains nécessaires à la scolarisation en milieu ordinaire des enfants, adolescents ou adultes handicapés. »

- les articles 23 et 24 ont modifié le code du travail, en imposant notamment aux employeurs de « prendre, en fonction des besoins dans une situation concrète, les mesures appropriées pour permettre aux travailleurs [reconnus handicapés] d'accéder à un emploi ou de conserver un emploi correspondant à leur qualification, de l'exercer ou d'y progresser ou pour qu'une formation adaptée à leurs besoins leur soit dispensée, sous réserve que les charges consécutives à la mise en œuvre de ces mesures ne soient pas disproportionnées, compte tenu des aides qui peuvent compenser en tout ou partie les dépenses supportées à ce titre par l'employeur. » Ainsi qu'en permettant « qu'un contrat de travail » soit « suspendu pour permettre [au travailleur handicapé] de suivre un stage de reclassement professionnel ».
- la création des Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH) dont les missions (article 64) sont :
  - o « d'exercer une mission d'accueil, d'information, d'accompagnement et de conseil des personnes handicapées et de leur famille... » ;
  - o la « mise en place et organisation du fonctionnement de l'équipe pluridisciplinaire de la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées »,
  - o « évaluer les besoins de compensation » [de la personne handicapée] ;
  - o « d'organiser les actions de coordination avec les autres dispositifs sanitaires et médico-sociaux concernant les personnes handicapées ».

Concernant les établissements de SSR spécialisés, plusieurs textes réglementaires concernent la réadaptation et la réinsertion :

- La circulaire DH/EO4/97 n° 841 du 31 décembre 1997 relative aux orientations en matière d'organisation des soins de suite et de réadaptation (17) définissait « la préparation de la sortie et de la réinsertion sociale, familiale et le cas échéant la réinsertion professionnelle » comme « une fonction nécessairement remplie au cours de la prise en charge ». Cette prise en charge en MPR « s'inscrit dans un réseau de soin ». Le courrier accompagnant cette circulaire adressé aux ARH fait mention « d'une simplification et d'un allègement considérable du parcours du patient, facteur d'économie, d'après les premiers résultats des programmes COMETE FRANCE » mettant en œuvre la DPI.
- La circulaire du 18 juin 2004 (18) relative à la filière de prise en charge médico-sociale et sociale des traumatisés crâniens-cérébraux et des traumatisés médullaires donne pour mission aux équipes pluridisciplinaires de MPR :

- de « favoriser le développement d'un nouveau projet de vie qui intègre l'entourage familial, la vie à domicile, le travail »,
  - « la mise en œuvre autant que nécessaire de la démarche précoce d'insertion (DPI), mise en œuvre par l'AFNOR » (3).
- le décret 2008-377 du 17 Avril 2008 (1), confirme, que « la préparation et l'accompagnement à la réinsertion familiale, sociale, scolaire ou professionnelle » fait partie des missions des établissements de SSR ».
- La loi 2009-879 du 21 juillet 2009 relative aux patients, à la santé et aux territoires (19) rappelle que les « établissements de santé peuvent être appelés à assurer ...la lutte contre l'exclusion sociale, en relation avec les autres professions et institutions compétentes en ce domaine, ainsi que les associations qui œuvrent dans le domaine de l'insertion et de la lutte contre l'exclusion et la discrimination ».

### **c. Bases réglementaires de la santé au travail**

Il convient également de rappeler les bases réglementaires concernant la santé au travail et en particulier, les missions des médecins du travail, dont le rôle est primordial dans le processus d'insertion professionnelle dès lors que la personne a ou va obtenir un contrat de travail.

Les missions du médecin du travail sont définies par l'article R4623-1 du Code du Travail et comportent entre autre :

- « l'amélioration des conditions de vie et de travail dans l'entreprise »,
- « l'adaptation des postes, des techniques et des rythmes de travail à la physiologie humaine ».

Il peut être aidé dans ses missions par un intervenant en prévention des risques professionnels (Art R 4623-26, 27) qui « participe, dans un objectif exclusif de prévention, à la préservation de la santé et de la sécurité des travailleurs et à l'amélioration des conditions de travail ».

Pour ce faire, le médecin du travail dispose de deux modes d'action :

- 1) Des actions sur le milieu de travail (Art R 4624-1 à 9 du Code du travail)
- 2) Les examens médicaux (art. R 4624-10 à 32 du Code du travail). Ceux-ci sont réalisés :
  - à l'embauche,

- puis selon une périodicité qui varie selon les risques professionnels des salariés,
- Les travailleurs handicapés sont soumis à une surveillance médicale renforcée,
- à l'issue d'un arrêt de travail de plus de 21 jours, ou quelque soit sa durée dans le cadre d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle,
- à la demande de l'employeur ou du salarié pendant son activité professionnelle.

Ces examens donnent lieu à la rédaction d'un avis d'aptitude au poste, mentionnant si nécessaire une adaptation des conditions de travail, portée à la connaissance de l'employeur.

Il existe également, une visite appelée de « pré-reprise », qui peut être « sollicitée à l'initiative du salarié, du médecin traitant ou du médecin conseil des organismes de sécurité sociale, préalablement à la reprise du travail ». Elle vise à « faciliter la recherche des mesures nécessaires, lorsqu'une modification de l'aptitude au travail est prévisible ».

Elle participe à la prise en charge précoce des problématiques de prévention de la désinsertion professionnelle.

## **2.2 Définition de la démarche précoce d'insertion**

Il n'existe pas de définition réglementaire de la démarche précoce d'insertion.

La norme AFNOR S96H (3) définit la DPI comme « un processus de soins », « une méthode d'organisation de la prise en charge centrée sur l'accompagnement du patient dans l'élaboration progressive d'un projet d'insertion sociale et/ou professionnelle, dans l'appropriation de ce projet par la personne et dans sa mise en œuvre ».

Le terme de démarche précoce d'insertion n'existe pas de façon littérale dans la littérature étrangère.

Le terme le plus souvent retrouvé est celui de « vocational rehabilitation » et défini comme :

- « un processus, envers ceux qui sont désavantagés par une maladie ou un handicap, pour leur permettre d'avoir accès, de conserver ou de retourner à l'emploi ou toute autre occupation utile. Processus qui comporte plusieurs volets dont celui de l'évaluation et d'une variété d'interventions au niveau de la personne, du handicap et du travail » (20) ;
- « un processus visant à surmonter les barrières liées à chaque individu afin d'accéder, conserver, ou retourner au travail après un accident, une maladie ou une déficience » (21) ;

- « un processus visant à accompagner et soutenir les personnes en situation de handicap afin de les aider à reprendre leur poste de travail actuel, à adapter celui-ci si nécessaire, à trouver un nouvel emploi ou à renoncer au travail de manière planifiée, coordonnée, en prenant en compte les problématiques financières de la personne ainsi que possibilités d'intégration sociale » (22).

Il s'agit bien dans la littérature d'une démarche pluridisciplinaire, intégrant la dimension socioprofessionnelle dès le début de la prise en charge et impliquant les professionnels des établissements de MPR et les acteurs extérieurs, et en particulier le milieu de travail. Cette description rejoint celle du groupe de travail. C'est pourquoi le terme de DPI sera retenu pour l'ensemble du document.

Il est important de souligner que le terme de « vocational rehabilitation » englobe des prises en charge qui, dans notre pays, relèvent du champ sanitaire et/ou médico-social.

La définition retenue par le groupe de travail est celle présentée dans le chapitre 1.1 de l'argumentaire.

Cette définition permet de clarifier le terme « précoce », qui a bien vocation à caractériser la démarche et non la réinsertion en elle-même. En effet, même si un des objectifs défendu et évalué, de ce type de prise en charge, est celui de réduire le temps d'arrêt de travail et les coûts de prise en charge des personnes, il ne s'agit en aucun cas de précipiter une réinsertion professionnelle, sans avoir vérifié qu'il s'agissait bien du projet de la personne et que toutes les conditions nécessaires à sa bonne réalisation sont réunies. Il s'agit au contraire, de promouvoir la précocité de l'évaluation de la dimension professionnelle dans le processus de soins, afin que sa prise en charge soit intégrée à la prise en charge globale.

### **2.3 Intérêt de la démarche précoce d'insertion**

Les études réalisées sur l'apport de la démarche précoce d'insertion sont encore peu nombreuses et souvent de faible niveau de preuve, mais n'en restent pas moins intéressantes.

Les critères utilisés dans leur évaluation peuvent être de plusieurs natures : économique, cherchant à mettre en avant la diminution des durées d'arrêt de travail et/ou la diminution du nombre et des coûts des pensions d'invalidité, le taux de retour à l'emploi et /ou la qualité de vie.

Les tableaux récapitulatifs ci-dessous, ont vocation à rapporter les éléments retrouvés dans la littérature concernant ces différents critères. L'ensemble des auteurs souligne la difficulté de réaliser ce type d'étude, et ce pour plusieurs raisons :

- D'une part, du fait de la difficulté éthique de réaliser des études randomisées sur ce type de problématique.
- D'autre part, du fait de l'hétérogénéité des pratiques, dont la description n'est pas toujours détaillée, souvent regroupées sous le seul terme de « vocational rehabilitation ».
- Enfin, du fait de l'hétérogénéité des populations, qui rend les études incomparables entre elles.

Cependant, malgré tous ces éléments, l'importance de la prise en charge globale précoce et de la DPI est soulignée par la plupart des auteurs et recommandée dans la prise en charge de plusieurs pathologies, telle que la SEP (23), lésion médullaire (24), traumatisme crânien (24,25).

**TABLEAU 1 : ETUDES CONCERNANT L'INTERET DE LA DPI EN TERME ECONOMIQUE**

<b>Titre</b>	<b>Type d'étude</b>	<b>Définition DPI / éléments sur DPI</b>	<b>Population / Résultats</b>
The papworth early rehabilitation programme; vocational outcomes M. Desouza - 2007 Royaume-Uni (26)	Etude rétrospective	Prise en charge pendant la période d'hospitalisation, multidisciplinaire, comprenant des professionnels tels que psychologue du travail, ergothérapeute, médecin de médecine physique et de réadaptation	94 patients, dont 41 TC, 17 AVC, 22 TMS, 15 lombalgies chroniques, 8 amputés et 3 blessés médullaires. Programme de 3 à 9 mois. Aucune évaluation formelle de coût/bénéfice, mais les auteurs concluent que le programme doit être rapidement amorti.
The effectiveness of vocationally oriented multi disciplinary intervention of sickness absence and early retirement among employees at risk: an observational study – H. Souyrjo – 2009 Finlande (27)	Etude observationnelle, prospective, comparative	Programme d'intervention préventif en réadaptation professionnelle, visant à orienter des personnes jeunes ou d'âge moyen, à risque de handicap au travail à court terme (TMS, lombalgies, arrêts maladie), en séjour de 2 à 3 semaines auprès d'une équipe pluridisciplinaire composée de médecin de MPR, kinésithérapeute, psychologue +/- infirmière, éducateur physique et du travail.	2236 participants au programme d'intervention comparés à un groupe contrôle de 8944 personnes.  Suivi sur 8 ans.  Diminue de façon significative le nombre de jours d'arrêt de travail, le taux d'arrêt de travail de longue durée et le nombre d'années de pension d'invalidité.
Etude sur la réinsertion sociale et professionnelle des personnes sortant d'établissement ou service sanitaire de médecine physique réadaptation A.Lonnes (CREDOC) 2007 France (28)	Etude rétrospective multicentrique comparative	DPI définie comme l'intégration d'une prise en charge de la problématique professionnelle par une équipe pluridisciplinaire spécialisée dès la phase active de soin en médecine physique et de réadaptation.	400 patients victimes d'accident et pris en charge en MPR, dont 200 dans un établissement bénéficiant d'une équipe DPI et 200 dans un établissement sans équipe DPI. Patients ayant bénéficié de la DPI ont une consommation de soins moins importante. La réinsertion professionnelle diminue la consommation de prestations médicales et paramédicales.

Bien que ces études soient hétérogènes, tant du point de vue des pathologies considérées que du contexte d'évaluation et des durées de suivi, les résultats semblent encourageants. En effet, les auteurs rapportent une diminution du nombre de jour d'arrêt de travail et d'années de pension d'invalidité ainsi qu'une diminution de la consommation de prestations médicales et paramédicales.

**TABLEAU 2 : ETUDES SUR LE LIEN ENTRE DPI ET TAUX DE REPRISE D'ACTIVITE PROFESSIONNELLE**

<b>Titre</b>	<b>Type d'étude</b>	<b>Définition DPI / éléments sur DPI</b>	<b>Population / Résultats</b>
Quality of life and maintenance of improvements after early multimodal rehabilitation a 5 year follow up A. Westman - 2006 Suède (29)	Suivi de cohorte	Prise en charge précoce, globale et multidisciplinaire. Selon une approche médico-comportementale, où les facteurs physique, psychologique et de l'environnement de travail sont pris en compte. Importance des liens entre milieu du travail et de la réadaptation.	72 patients présentant un handicap lié à des TMS. A 1 an : Taux d'activité (temps partiel ou temps plein) = 81% A 5 ans : taux d'activité = 58% 7% sont retraités 24% en invalidité
The papworth early rehabilitation programme; vocational outcomes M. Desouza - 2007 Royaume-Uni (26)	Etude rétrospective	Prise en charge pendant la période d'hospitalisation, multidisciplinaire, comprenant des professionnels tels que psychologue du travail, ergothérapeute, médecin de médecine physique et de réadaptation.	94 patients, dont 41 TC, 17 AVC, 22 TMS, 15 lombalgiques chroniques, 8 amputés et 3 blessés médullaires. Programme de 3 à 9 mois. Taux de réinsertion à l'issue du programme = 56%. 4 ans après= 98% travaillent toujours.
Multiple Sclerosis National Clinical guideline for diagnosis and management in primary and secondary care The national collaborating centre for chronic conditions Royaume-Uni (23)	etude randomisée		43 patients atteints de SEP ayant bénéficié d'un programme de réadaptation professionnelle comparés à des patients pris en charge de façon habituelle. Bénéfice non significatif en termes de taux d'activité professionnelle.
Replicated positive results for the VCC model of vocational intervention after ABI within the social model of disability. J.F. Malec -2006 USA (30)	Etude de cohorte	intégration d'objectifs professionnels aux objectifs de réadaptation thérapeutique. Notion de prise en charge globale. Travail complémentaire entre les professionnels de l'établissement de santé, milieu de travail et services communautaires. Coordinateur basé dans l'établissement de santé.	138 TC. 64% d'entre eux sont à moins d'un an d'évolution, 80% ne travaillent pas au moment de la prise en charge. Reprise d'activité professionnelle en moyenne 131.9 jours après l'entrée dans le programme, dont 50% dans les 3 mois qui suivent. 94% des patients travaillent à 1 an. Corrélation statistiquement significative entre le délai de reprise et le délai de prise en charge.

*Démarche précoce d'insertion socioprofessionnelle en établissements de soins de suite et de réadaptation spécialisés relevant des champs de compétences de la médecine physique et de réadaptation*  
*Argumentaire*

Outcome of a Comprehensive Neurorehabilitation Program for Patients With Traumatic Brain Injury. J.M Sarajuuri – 2005 Finlande (31)	Essai contrôlé non randomisé	Programme de prise en charge globale de réadaptation de 6 semaines en post-aigu, avec prise en charge intensive et interdisciplinaire : (MPR, neuropsychologue, psychologue, ergothérapeute, travailleurs sociaux), incluant des interventions professionnelles, un travail en lien avec les structures locales et assurant un soutien après la sortie.	19 TC comparés à 20 TC ayant bénéficié d'une prise en charge conventionnelle. Bénéfice statistiquement significatif en terme de reprise d'activité professionnelle (OR=6.96, 95% IC).
Outcome after severe brain damage, what makes the difference? A Sorbo – 2005 Suède (32)	Etude transversale comparative	Prise en charge précoce (dans les 50 jours suivant le TC) dès l'entrée en service de réadaptation. Approche holistique et interdisciplinaire et suivi après la sortie.	14 patients TC sévères comparés à 12 patients TC avec prise en charge tardive ou non formalisée. Evaluation en moyenne 26.6 mois après le TC. 43% des patients ayant bénéficié d'une DPI ont repris une activité professionnelle contre 0% dans le deuxième groupe.
Effectiveness of vocational rehabilitation following acquired brain injury: Preliminary evaluation of a UK specialist rehabilitation programme. L. Murphy – 2006 Royaume-Uni (33)	Suivi de cohorte	Prise en charge professionnelle au cours de la prise en charge en réadaptation. Associant des techniques de remédiation cognitive, mises en situation sur des lieux de travail (au moins 4 semaines, avec augmentation progressive du temps de travail) avec évaluations régulières entre coordinateur, personne et milieu de travail puis soutien à la recherche d'emploi.	232 TC > ou = à 16 ans, sans trouble psychiatrique ou du comportement sévère, ayant : - une indépendance raisonnable dans les AVQ, - considérés comme ayant une chance modérée d'accéder à un emploi rémunéré, - souhaitant bénéficier du soutien d'une équipe de réadaptation professionnelle. 41% des patients ont une activité rémunérée à l'issue du programme et 15% sont en études.
Etude sur le devenir professionnel des personnes suivies par les équipes Comète France ayant une DPI intégrée dans les établissements de rééducation et réadaptation ou services sanitaires de médecine physique et de réadaptation	Etude rétrospective comparative multicentrique	DPI définie comme l'intégration d'une prise en charge de la problématique professionnelle par une équipe pluridisciplinaire spécialisée dès la phase active de soin en médecine physique et de réadaptation.	100 patients pris en charge par une équipe DPI, 100 patients pris en charge dans un établissement sans DPI. Le taux de reprise d'activité professionnelle est multiplié par deux lors d'une prise en charge par une équipe DPI avec un taux de réinsertion de 74%.



*Démarche précoce d'insertion socioprofessionnelle en établissements de soins de suite et de réadaptation spécialisés relevant des champs de compétences de la médecine physique et de réadaptation  
Argumentaire*

CREDOC – 2004 France (34)			
Etude sur la réinsertion sociale et professionnelle des personnes sortant d'établissement ou service sanitaire de médecine physique réadaptation A.Lonnes (CREDOC) - 2007 France(28)	Etude rétrospective multicentrique, comparative	DPI définie comme l'intégration d'une prise en charge de la problématique professionnelle par une équipe pluridisciplinaire spécialisée dès la phase active de soin en médecine physique et de réadaptation.	400 patients victimes d'accident et pris en charge en MPR, dont 200 dans un établissement bénéficiant d'une équipe DPI et 200 dans un établissement sans équipe DPI. Le taux de retour à l'emploi des blessés médullaires et des traumatisés crâniens est deux fois plus élevé lorsqu'ils ont été suivis par une équipe DPI.
A prospective Study of effectiveness of early intervention with High-risk back injured workers – A pilot Study – I.Z Schultz 2008 Canada (35)	Etude pilote contrôlée	Prise en charge multidisciplinaire comprenant, pendant la prise en charge sanitaire, une approche professionnelle avec visite des lieux de travail, lien avec les parties prenantes, proposition d'aménagement, proposée à des patients en arrêt maladie.	Patients en arrêt de travail pour lombalgies. 37 bénéficient d'une prise en charge classique, 33 d'une prise en charge multidisciplinaire. A 3 mois, pas de différence significative sur le taux de retour à l'emploi, mais à 6 mois le taux de reprise est significativement plus élevé, en particulier pour les patients les plus à risque de handicap.

Là encore, les études sont très hétérogènes. Les taux de reprise d'activité varient en fonction des pathologies. Celui-ci concerne moins d'un patient sur deux dans la plupart des études sur une population de cérébro-lésés. Cependant les résultats semblent particulièrement probants pour certaines pathologies dont les TC ou encore les lésions médullaires, comme le montre les études comparatives du Credoc ainsi que l'étude contrôlée non randomisée finlandaise.

**TABLEAU 3 : ETUDES SUR LE LIEN ENTRE DPI ET QUALITE DE VIE**

Titre	Type d'étude	Définition DPI / éléments sur DPI	Qualité de vie
<p>Quality of life and maintenance of improvements after early multimodal rehabilitation a 5 year follow up A. Westman - 2006 Suède (29)</p>	<p>Suivi de cohorte</p>	<p>Prise en charge précoce, globale et multidisciplinaire. Selon une approche médico-comportementale, où les facteurs physique, psychologique et de l'environnement de travail sont pris en compte. Importance des liens entre milieu du travail et réadaptation.</p>	<p>72 patients présentant un handicap lié à des TMS. Amélioration de la qualité de vie : non significative à 1 an, significative à 5 ans.</p>
<p>Etude sur la réinsertion sociale et professionnelle des personnes sortant d'établissement ou service sanitaire de médecine physique réadaptation A.Lonnes (CREDOC) 2007 France (28)</p>	<p>Etude rétrospective multicentrique comparative</p>	<p>DPI définie comme l'intégration d'une prise en charge de la problématique professionnelle par une équipe pluridisciplinaire spécialisée dès la phase active de soin en médecine physique et de réadaptation.</p>	<p>400 patients victimes d'accident et pris en charge en MPR, dont 200 dans un établissement bénéficiant d'une équipe DPI et 200 dans un établissement sans équipe DPI.  Patients ayant bénéficié de la DPI déclarent moins de difficultés ressenties dans leur vie sociale.</p>

La relation entre qualité de vie et démarche précoce d'insertion n'a été que peu étudiée. Mais ces deux études, là encore sur des populations très hétérogènes, tendent à montrer un bénéfice de cet accompagnement en termes de qualité de vie. Il s'agit d'un point très important, car l'amélioration de la qualité de vie est un critère essentiel de l'évaluation de la prise en charge en MPR.

**TABLEAU 4 : REVUE DE LA LITTÉRATURE SUR L'IMPACT DES PROGRAMMES DE READAPTATION PROFESSIONNELLE**

<b>Titre</b>	<b>Définition DPI / éléments sur DPI</b>	<b>Conclusions des auteurs</b>
<p>Workplace-based return to work interventions: A systematic Review of the Quantitative and Qualitative Literature R.L. Franche - 2004 USA (36)</p>	<p>Interventions cliniques de retour au travail si des soins sont délivrés par des professionnels de soin spécifiquement en lien avec le milieu de travail.</p>	<p>Revue systématique de la littérature sur « quel impact des interventions sur le retour au travail » de janvier 1990 à décembre 2003 réalisée par « the institute of Work and Health », incluant des études quantitatives et qualitatives, pour des patients présentant des douleurs. 11 études quantitatives et 13 études qualitatives retenues. Les auteurs concluent à : - une évidence modérée que trois comportements (contact précoce du lieu de travail avec le travailleur, proposition d'adaptation du poste et contact entre professionnels de soin et lieu de travail), réduisent significativement la durée d'incapacité de travail - une évidence modérée qu'une « visite ergonomique du lieu de travail » (réalisée par un kinésithérapeute, ergothérapeute ou ergonomiste) et l'implication d'une personne ayant la responsabilité de la coordination du retour au travail réduit la durée d'incapacité de travail et réduit les coûts.</p>
<p>Determinants of return to work among a spinal cord injury patients: A literature review. D. Anderson - 2007 Canada (37)</p>	<p>Prise en charge précoce, dès la phase de rééducation – réadaptation.</p>	<p>Dans une population de blessés médullaires : - 2 études récentes (2005 et 2006) rapportent que la réadaptation professionnelle augmente le taux de retour au travail, - une autre étude retrouve des taux d'emplois élevés (50 à 60%) pour des patients blessés médullaires ayant bénéficié d'une réadaptation globale incluant une réadaptation professionnelle et des conseils. Alors que les taux d'activité professionnelle sont le plus souvent &lt; à 40%,</p>

*Démarche précoce d'insertion socioprofessionnelle en établissements de soins de suite et de réadaptation spécialisés relevant des champs de compétences de la médecine physique et de réadaptation*  
*Argumentaire*

		<p>- une étude retrouvait une augmentation du taux d'emploi à 3 ans comparé à des patients n'ayant bénéficié de ce type de prise en charge que tardivement,</p> <p>- 1 étude n'a pas retrouvé de bénéfice.</p> <p>Les auteurs concluent qu'il reste difficile de comparer les études entre elles, mais le rôle de la réadaptation professionnelle est souligné comme essentiel.</p>
<p>Vocational rehabilitation programs for individuals with chronic arthritis Vliet Vlieland T – 2009 Pays-bas (21)</p>	<p>Définie comme un processus visant à dépasser les barrières liées à chaque individu pour conserver, obtenir ou retourner au travail après un accident, une maladie ou une déficience. Cela inclut pharmacologie et management non pharmacologique de la situation, avec évaluation des besoins, ajustements professionnels, mesures de contrôle, management de stage de retour au travail, entraînements des capacités restantes, maîtrise des nouvelles capacités et soutien de l'individu, des employeurs et autres.</p>	<p>Population = patients présentant des pathologies rhumatismales chroniques (principalement polyarthrite rhumatoïde)</p> <p><u>Sur le plan de la réinsertion professionnelle</u></p> <p><b>1 étude observationnelle</b> concernant 110 patients ayant un rhumatisme articulaire depuis moins de 12 mois conclut à :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- une augmentation du taux d'emploi à temps plein de 65 à 74%,</li> <li>- une diminution du taux d'incapacité de travail à temps plein de 37 à 13%,</li> <li>- une augmentation du taux d'activité à temps partiel de 8 à 23%.</li> </ul> <p><b>2 essais contrôlés randomisés contrôlés</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- le premier (242 patients) retrouve une diminution de 49% du nombre d'arrêt d'activité professionnelle après 3.5 ans de suivi,</li> <li>- le deuxième (140 patients) ne met pas en évidence de diminution significative de perte d'emploi.</li> </ul> <p><u>Sur le plan économique</u></p> <p>Seules 3 études ont estimé l'impact économique de ces interventions. Le bénéfice économique est présent mais pas de manière significative. Les auteurs concluent à la nécessité d'études complémentaires et considèrent les interventions en phase précoce prometteuses.</p>
<p>Employment and work disability in rheumatoid arthritis C.L. Backman – 2004</p>	<p>Le rôle de la DPI est de faciliter le retour au travail après un diagnostic (de rhumatisme articulaire). Il implique les médecins de MPR,</p>	<p>Sur 6 études non randomisées, 5 suggèrent un bénéfice à court terme sur le taux d'activité professionnelle.</p>

*Démarche précoce d'insertion socioprofessionnelle en établissements de soins de suite et de réadaptation spécialisés relevant des champs de compétences de la médecine physique et de réadaptation*  
*Argumentaire*

Canada (38)	les interventions ergonomiques afin d'apporter conseil sur la réalisation des tâches et des adaptations, idéalement appliquées précocement dans le management des rhumatismes articulaires.	Les auteurs encouragent à la prise en charge précoce et globale des patients, en particulier sur le plan professionnel.
Rehabilitation and work ability: a systematic review J Kuoppala – 2008 Finland (39)	DPI définie comme prise en charge des problématiques professionnelles pendant la prise en charge en réadaptation, de façon pluri professionnelle et pouvant comporter des interventions ergonomiques.	<p>Méta-analyse 45 études (24 randomisées contrôlées, 1 groupe randomisé, 3 études cliniques et 17 suivis de cohorte) pour évaluer l'efficacité de la réadaptation sur l'absentéisme, le retour au travail et les pensions d'invalidité des personnes en âge de travailler.</p> <p>Il existe une relation entre un certain nombre d'interventions et le devenir des patients, surtout en cas d'intervention précoce.</p> <p>La seule différence, faiblement significative, concerne la réadaptation professionnelle qui augmente le taux de retour à l'emploi.</p> <p>Les auteurs soulignent les difficultés méthodologiques et concluent à la nécessité de plus de recherche pour permettre de clarifier l'efficacité des différents types de prise en charge en réadaptation.</p>
Effectiveness of vocational rehabilitation intervention on the return to work and employment of persons with multiple sclerosis (review Cochrane ) Khan – 2009 (40)	Interventions multi-professionnelles ou « multi-agences » structurées, visant à préserver l'emploi tant sur des conseils cliniques que sur les conseils sociaux, la planification de la « annonce du handicap », des adaptations et les adaptations du lieu de travail	<p>Cette revue de la Cochrane Library permet d'insister sur les difficultés méthodologiques permettant d'évaluer l'efficacité des programmes de réadaptation professionnelle. D'autre part, les critères utilisés dans les études ne permettent pas de comparaison entre elles.</p> <p>1 étude contrôlée randomisée compare le taux d'insertion professionnelle de patients SEP (ayant tous un contrat de travail à l'inclusion dans l'étude) bénéficiant d'une prise en charge standard à ceux bénéficiant d'une DPI, avec un suivi de 12 mois.</p> <p>Les auteurs ne retrouvent pas de différence significative sur le taux de maintien dans l'emploi. Sans que cela soit statistiquement significatif, le groupe DPI bénéficie plus d'aménagement de poste, et modifie la gestion du dialogue à</p>

	propos du handicap sur le lieu de travail.
--	--

Ces 6 revues de la littérature ont été réalisées sur des personnes atteintes de pathologies très différentes les unes des autres, telle que SEP, lésion médullaire, pathologies rhumatismales...

L'ensemble des auteurs s'accordent à dire que la réalisation d'études permettant d'apporter de bons niveaux de preuves est difficile sur ce sujet. D'autre part, les études ne sont pas comparables entre elles, ce qui limite la possibilité de conclure de façon certaine au bénéfice de ces programmes de réadaptation professionnelle précoce. Cependant, la plupart des auteurs sont favorables à la mise en œuvre de ces programmes.

**TABLEAU 5. ETUDES QUALITATIVES SUR L'INTEGRATION DU CHAMP PROFESSIONNEL DANS LA PRISE EN CHARGE MPR**

<b>Titre</b>	<b>Définition / éléments concernant la DPI</b>	<b>Population / Questions posées</b>	<b>Résultats</b>
Vocational rehabilitation services for people with multiple sclerosis : what patients want from clinicians an employers J. Sweetland – 2007 Royaume-Uni (22)	Définie comme le fait d'accompagner et de soutenir les personnes en situations de handicap afin de les aider à reprendre leur poste de travail actuel, à adapter celui-ci si nécessaire, à trouver un nouvel emploi ou à renoncer au travail de manière planifiée, coordonnée telles que les contraintes financières et opportunités de loisirs sont considérées.	24 patients atteints de SEP pris en charge en établissement sanitaire à qui on a posé la question « quels services vous apporteraient une aide sur le plan professionnel » ?	Tous les patients sont demandeurs d'un accompagnement permettant de les aider à : <ol style="list-style-type: none"> <li>1) évaluer les répercussions des symptômes sur leurs performances</li> <li>2) trouver les moyens de compensation envisageables pour modifier leurs performances</li> <li>3) pouvoir évoquer les options envisageables de modification du contenu du poste et le demander à l'employeur.</li> </ol> Les auteurs recommandent que : <ol style="list-style-type: none"> <li>1) toute personne atteinte de SEP ayant un emploi ou étant en étude doit être interrogée spécifiquement sur d'éventuels problèmes</li> <li>2) en cas de problème, pouvoir bénéficier d'une évaluation de leurs difficultés préférentiellement par un service spécialisé en réadaptation professionnelle ou service spécialisé de neuro-réadaptation</li> <li>3) que les résultats de ces évaluations devraient être utilisés pour conseiller et accompagner la personne SEP.</li> </ol>

*Démarche précoce d'insertion socioprofessionnelle en établissements de soins de suite et de réadaptation spécialisés relevant des champs de compétences de la médecine physique et de réadaptation*  
Argumentaire

<p>A study into the employment trends of individuals treated at a Spinal Cord Injury centre L. Hills, 2007 Royaume-Uni (41)</p>	<p>Définie comme la prise en compte de la problématique professionnelle dès l'admission dans le centre de MPR.</p>	<p>242 patients blessés médullaires de plus de 16 ans, hospitalisés en MPR à Stanmore entre 1998-2003. 57 patients ont participé (taux de réponse de 24%).</p>	<p>Seuls 26% des réponders qui étaient en emploi avant l'accident, travaillent au moment de l'étude. 52% retravaillent dans l'année qui suit la lésion médullaire, avec un déclin progressif du nombre de reprise pour les sujets qui reprennent au-delà.</p> <p>49% des patients estiment qu'ils étaient prêts à explorer leurs possibilités de retour au travail pendant l'hospitalisation.</p> <p>Leurs demandes concernent le « conseil de carrière », aide à l'élaboration du projet professionnel ainsi que les conseils concernant les aides financières pour la création d'entreprise.</p> <p>Sur la question de la réinsertion professionnelle :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 38,7% des patients disent avoir bénéficié d'un soutien de la part de l'équipe du centre de MPR, et que celui-ci a été bénéfique dans 83,3% des cas.</li> <li>- 12.9% ont bénéficié du soutien du « centre pour l'emploi local » et que celui-ci a été bénéfique dans 25% des cas.</li> <li>- l'arrivée tardive dans l'étude d'un conseiller emploi au sein de l'équipe MPR n'a permis qu'à 9% des patients d'en bénéficier, et ce de façon efficace pour 66,7% d'entre eux.</li> </ul> <p>Depuis la fin de cette étude, il a été créé une « clinique » de soutien</p>

*Démarche précoce d'insertion socioprofessionnelle en établissements de soins de suite et de réadaptation spécialisés relevant des champs de compétences de la médecine physique et de réadaptation*  
Argumentaire

			professionnel.
Stroke patients' experiences of return to work J. Medin - 2009 Suède (42)		6 patients ayant été victimes d'accident vasculaire cérébral, ayant repris le travail à qui il a été demandé : - de quelle réadaptation avez-vous bénéficié en lien avec votre travail ? - quels facteurs pourraient faciliter la réadaptation en lien avec le travail et le retour au travail - commentaires libres	Les conclusions des patients sont les suivantes : - la prise en charge est plus focalisée sur le fait de restaurer les fonctions, utiles en vie quotidienne, que promouvoir le retour au travail - seuls 2 patients expriment une collaboration avec les professionnels de réadaptation très utile dans le processus de réinsertion, avec visite sur le lieu de travail par un ergothérapeute. - la visite du lieu de travail a été appréciée tant par la personne que par les employeurs. - la plupart des sujets se plaignent d'un manque d'information quant aux répercussions des séquelles cognitives, en particulier sur le plan professionnel, ainsi que d'une réadaptation non adaptée à l'âge et à leurs besoins. Les possibilités de retour au travail étaient perçues comme dépendantes de leur propre efficacité combiné à du soutien extérieur, tel que la flexibilité des tâches et des horaires de travail combinés à un soutien de l'équipe de réadaptation, l'assurance maladie, les collègues et la famille.
Rehabilitative needs of individuals with spinal cord injury resulting from gun violence: The perspective of nursing and		11 professionnels de soin et de réadaptation (2 kinésithérapeutes, 2 ergothérapeutes, 2 infirmières, 1 conseillère en réinsertion professionnelle, 1 conseiller en	Il s'agit d'une population décrite comme ayant un statut socio-économique inférieur aux autres blessés médullaires, avec une méconnaissance des systèmes de prise en charge. Les problèmes d'accessibilité (logement, transport), ne leur permettent pas, après la sortie de l'établissement, de bénéficier d'une prise en charge



*Démarche précoce d'insertion socioprofessionnelle en établissements de soins de suite et de réadaptation spécialisés relevant des champs de compétences de la médecine physique et de réadaptation*  
*Argumentaire*

rehabilitation professionnels T. Kroll, 2008 USA (43)		réadaptation) ont été interviewés sur leur lieu de travail à propos de leur expérience sur le processus de réadaptation des patients blessés médullaires par arme à feu.	socioprofessionnelle adaptée. Les professionnels de santé sont nombreux à estimer que l'éducation et les objectifs professionnels des patients sont insuffisamment pris en compte pendant la rééducation, du fait de durée de séjour limitée et d'un manque de financement générant un déficit de temps de conseiller en réadaptation, en particulier après la sortie d'hospitalisation. Les prises en charge sociales sont décrites comme trop fragmentées pour permettre aux patients d'avancer. Les professionnels estiment que les ressources internes à l'établissement, ainsi que les programmes mis en œuvre devraient être mieux communiqués auprès des professionnels de santé et des patients.
Determinants of return to work among a spinal cord injury patients: a literature review DAnderson - 2007 Canada (37)		Population de blessés médullaires, pris en charge en MPR sans équipe dédiée à la DPI.	37% des participants estimaient qu'ils n'avaient pas reçu assez d'information sur la réadaptation professionnelle. 50% d'entre eux ont trouvé que les informations fournies pendant la phase de réadaptation n'étaient pas adéquates pour les aider à reprendre le travail.
Biographical work and returning to employment following a spinal cord injury. I. Ville, 2005 France (44)	Définie comme la prise en compte de la problématique socioprofessionnelle dès la phase active de soin, avec la présence d'une équipe pluridisciplinaire dédiée à cette prise en charge	Recueil de témoignages sur les trajectoires personnelles et professionnelles de 17 personnes à distance d'une lésion médullaire prise en charge en MPR, ainsi que de 5 professionnels de l'équipe pluridisciplinaire de l'établissement.	3 des 17 patients expriment que durant la période d'hospitalisation, ils ne pouvaient envisager une réflexion sur leur avenir professionnel. Le moment de prise en charge est fonction du « degré d'acceptabilité » de la personne.

Ces études qualitatives sont riches d'enseignements, car elles donnent la parole aux personnes prises en charge et aux personnels travaillant dans les services de MPR.

Elles permettent d'une part de mettre en évidence l'importance, pour les personnes, des problématiques d'avenir, en particulier après un accident grave ou une pathologie chronique invalidante, et leur volonté que ces problèmes soient pris en considération au cours de leur prise en charge sanitaire.

D'autre part, les professionnels de santé interrogés semblent également convaincus de la nécessité d'un tel accompagnement et regrettent le manque de moyens disponibles pour développer ce volet de prise en charge.

### **3. QUELS MOYENS (HUMAINS ET TECHNIQUES) SONT A MOBILISER POUR METTRE EN ŒUVRE LA DPI ?**

#### **a. Revue de la littérature**

De la même façon qu'il n'existe pas de définition unique de la DPI, il n'existe pas de description type des moyens humains nécessaires à la mise en œuvre de la DPI. Il s'agit toujours d'une équipe pluridisciplinaire, comprenant un médecin de MPR ainsi que les professionnels habituellement présents dans les équipes de MPR à savoir psychologue, ergothérapeute, kinésithérapeute, assistant(e) de service social, secrétaire... (3, 22-24, 26, 33, 45, 46).

La composition des équipes est souvent fonction des pathologies prises en charge. Pour exemple, dans le cadre de personnes atteintes de trouble des fonctions cognitives, des compétences en neuropsychologie et en orthophonie sont mentionnées (26, 30, 27, 31).

Dans le cadre de déficiences motrices, les ergothérapeutes sont le plus souvent cités, parfois les kinésithérapeutes (27, 38, 47, 48).

Des professionnels, plus en lien direct avec le travail, sont toujours présents. On retrouve des professions telles que « conseillers de carrière », « conseiller ou consultant en réadaptation professionnel » (22, 24, 35, 41, 46, 47, 48, 49), « coach professionnel » (33), médecin spécialiste du travail (24), psychologue du travail (26, 50) et ergonomes (22, 28, 34, 38).

Les récentes recommandations de bonne pratique de la « British Society of Rehabilitation Medicine » mettent particulièrement en avant le rôle du psychologue du travail (50).

La place de l'ergonomie est soulignée par une étude prospective multinationale. Cette étude réalisée auprès d'une population de lombalgiques chroniques en arrêt de travail depuis 1 à 2 ans, a montré que l'intervention ergonomique permettant d'adapter les lieux de travail réduit de façon significative la durée des arrêts de travail (51).

Au-delà de la profession, ce sont les compétences à évaluer et à prendre en charge les problématiques médicales (tant dans ses composantes physiques que psychologiques), les exigences du milieu de travail, et leur impact sur leur vie sociale et professionnelle qui sont mises en avant (49, 50). En l'absence de professionnels ayant ces compétences au sein des équipes de réadaptation, le taux de personnes accompagnées dans la prise en compte de leur problématique professionnelle reste peu élevé, d'où un faible taux de satisfaction sur ce sujet. (cf tableau 5 chapitre 2.3).

La revue de la littérature n'apporte que très peu d'éléments de réponse quand à l'organisation permettant aux professionnels de travailler ensemble au sein des équipes pluridisciplinaires. Mais les professionnels ayant des compétences directement en lien avec l'insertion sont identifiés et travaillent en lien avec l'équipe pluridisciplinaire telle qu'elle est habituellement composée au sein d'un établissement de MPR (37). La description des pratiques au sein d'un établissement au Royaume-Uni, montre que les professionnels de la DPI sont clairement identifiés et travaillent en lien étroit avec l'ergothérapeute de chaque patient (41).

Les 2 études du CREDOC ont été réalisées auprès d'établissements de SSR spécialisés où les professionnels impliqués dans la DPI sont identifiés au sein d'une équipe, travaillant en étroite collaboration avec les autres professionnels de l'établissement (28, 34).

La notion de coordination est décrite comme primordiale dans la prise en charge des patients, et un coordinateur, est systématiquement identifié (45, 46). Sa profession peut être très variable ainsi que sa dénomination. Une étude identifie le coordinateur de la prise en charge comme le médecin de MPR (52). Mais tous les professionnels peuvent être amenés à coordonner une situation, le choix étant réalisé en fonction de la situation de la personne. Il est souvent dénommé « manager de cas » (24, 26, 30, 35, 53), mais également « facilitateur », du fait de son rôle, qui est de faciliter les liens avec le milieu professionnel (54). Il s'agit de termes encore peu utilisés en France, en particulier dans le milieu sanitaire. Le terme le plus fréquemment rencontré, essentiellement dans le champ du médico-social et de l'insertion professionnelle, est celui de référent (6).

L'existence ou la nécessité d'une coordination, non plus centrée sur la personne, mais sur les professionnels mettant en œuvre la DPI, n'est jamais évoquée dans la littérature. Elle est décrite dans près d'un quart des établissements de SSR spécialisés ayant participé au recensement des pratiques (cf annexe 2).

Concernant la durée de prise en charge des personnes dans le processus de DPI, celle-ci, lorsqu'elle est évoquée dans la littérature, est très variable, en particulier concernant la durée d'accompagnement après la sortie de l'établissement de soin (25, 31, 55). Elle varie de 6 à 12 mois (26, 28, 30, 33, 34, 40, 44, 49) à 2 ans (32).

La question des moyens matériels et financiers nécessaires au bon fonctionnement des professionnels n'est jamais abordée clairement. Ce type de prise en charge est le plus souvent décrit comme chronophage (30, 43, 47, 53, 54, 55). Plusieurs auteurs font part du manque de moyens mis à disposition pour ce type de prise en charge, limitant ainsi l'offre proposée aux patients (20, 37, 43, 46).

L'accent mis sur la poursuite de l'accompagnement, une fois les soins terminés, implique que des moyens financiers permettent aux professionnels de finaliser le projet d'insertion, le plus souvent dans l'année qui suit la sortie de l'établissement de soin.

## **b. Discussion du groupe de travail**

Les débats du groupe de travail ont essentiellement eu lieu autour de deux questions :

- l'identification des professionnels nécessaires à la mise en œuvre de la DPI,
- la nécessité d'une équipe spécifiquement dédiée à ce processus d'accompagnement. Il s'agit alors, que ces professionnels aient un temps bien identifié, consacré à la mise en œuvre de la DPI au sein de l'établissement de SSR spécialisé.

Il est apparu important au groupe de travail que la notion de compétences prime sur la notion de profession, permettant ainsi à chaque établissement d'adapter la composition des équipes en fonction des compétences développées par chaque professionnel et des personnes accueillies dans l'établissement de SSR spécialisé.

Le recensement des pratiques professionnelles a confirmé la diversité des professionnels intégrés dans les équipes (cf annexe 2). La composition des équipes étant liée aux types de pathologies prises en charge, aux caractéristiques socio-éducatives des personnes accueillies ainsi qu'aux compétences spécifiques développées par les professionnels. Ainsi, plusieurs professionnels peuvent être identifiés pour effectuer, avec le regard propre à sa spécialité, des évaluations ou recueils de données sur la situation de la personne.

Concernant la notion d'équipe dédiée à la DPI au sein des établissements de SSR spécialisés, le groupe de travail s'est accordé à l'unanimité sur les notions suivantes :

- la DPI implique tous les professionnels de l'établissement de SSR spécialisé, car il s'agit d'une « philosophie de prise en charge » où l'expertise, l'évaluation et le dialogue instauré avec la personne et chaque professionnel contribuent au processus,
- la place du médecin de MPR est centrale dans la prise en charge de la personne et la coordination du projet de soin,
- les problématiques sociales (telles que le logement, les problématiques financières, l'accès aux droits) étant souvent une source de difficulté dans un projet d'insertion, l'accompagnement social doit être réalisé tout au long du processus par un assistant de service social. Si cette prise en charge doit être proposée de façon adaptée à chaque personne hospitalisée en SSR spécialisés, seules les actions réalisées en relation avec le projet professionnel de la personne sont abordées dans ces recommandations.
- certaines compétences nécessaires au processus de DPI existent habituellement sur les plateaux techniques. En particulier l'ergothérapeute, dont le rôle sur l'évaluation des capacités fonctionnelles, l'aménagement du domicile, la conduite automobile et l'accessibilité, est primordial. Mais, en l'absence de la prise en compte d'un temps dédié à cette prise en charge, celle-ci ne pourrait être réalisée qu'au détriment d'autres patients,
- certaines compétences, plus directement en lien avec l'insertion et le milieu de travail, sont nécessaires :
  - o des compétences en ergonomie, du fait du lien direct avec le milieu de travail,
  - o des compétences en psychologie du travail, indispensable aux choix et à l'utilisation des outils d'aide à l'élaboration de projet professionnel.

La notion d'une équipe dédiée à la DPI est donc retenue par le groupe de travail, en rappelant que tous les professionnels n'appartenant pas directement à cette équipe dédiée, contribuent également au processus de DPI et sont en liens perpétuels avec celle-ci.

Le groupe de travail n'a pas souhaité déterminer la quotité de temps de travail pour chaque professionnel au sein de l'équipe de DPI. D'une part, du fait que la littérature n'apporte aucun élément à ce sujet. D'autre part, du fait que la composition des équipes, en termes de temps de travail doit être déterminée en fonction de la typologie des patients accueillis dans l'établissement de SSR spécialisé. Les pathologies prises en charge, ainsi que l'âge des patients influencent le temps de travail nécessaire pour chaque professionnel. Par exemple, un établissement accueillant une population très jeune, aura besoin de plus de temps de psychologue du travail pour aider à la définition du projet. Alors qu'un établissement accueillant des patients majoritairement insérés avant leur hospitalisation aura probablement besoin d'un ergonome plus présent.

A titre d'exemple, les établissements interrogés dans le recueil des pratiques (cf annexe 2) travaillent avec une équipe de DPI de 2,7 équivalent temps plein pour 100 patients accueillis par an et 20 à 25 mises en œuvre de projet d'insertion.

La notion de coordination a été très largement abordée par le groupe de travail. Il est alors apparu important de la clarifier en dissociant la coordination du projet de la personne de la notion de coordination de l'équipe de DPI en tant que telle.

Le recensement des pratiques (cf annexe 2) montre bien que cette notion de coordination, abordée sans précision n'est pas comprise de la même façon par tous. En effet, seul un quart des établissements interrogés déclarent avoir un coordinateur, alors que 100% déclarent utiliser un dispositif de coordination quand il s'agit de l'accompagnement de la personne.

- La coordination du projet de la personne a rapidement fait l'objet d'un consensus au sein du groupe de travail. Le terme de « manager de cas », le plus souvent utilisé dans la littérature anglo-saxonne, n'a pas été retenu, du fait d'une connotation très impersonnelle du « cas ». Il lui a été préféré la notion de « référent ». Là encore, le fait que chaque référent soit identifié en fonction de la problématique principale de la personne a fait l'unanimité. Tout en conservant à l'esprit que la coordination du programme de soins dans sa globalité dépend bien du médecin de MPR en charge de la personne dans l'établissement de SSR spécialisé.
- La coordination de l'équipe de DPI en tant que telle, a été davantage débattue, en particulier sur la notion de coordination fonctionnelle ou hiérarchique. Il a été retenu, à la majorité, que la notion de coordination fonctionnelle était nécessaire, mais que l'organisation hiérarchique devait être laissée à l'appréciation des établissements de SSR spécialisés. Sur ce point, le recensement des pratiques (cf annexe 2) a mis en exergue plusieurs réalités intéressantes, rendues possibles et/ou facilitées par l'existence

d'une coordination de l'équipe de DPI. D'une part, la grande majorité des équipes de DPI participe à des réunions avec les partenaires, visite des structures partenaires ou formalise des réseaux de partenariat en lien avec l'insertion socioprofessionnelle. D'autre part, la moitié des équipes de DPI participe à des congrès ou colloques sur le thème de l'insertion socioprofessionnelle.

Concernant la durée de l'accompagnement après la sortie de l'établissement : le recensement des pratiques (cf annexe 2) réalisé retrouve que 97% des équipes poursuivent leur prise en charge, le plus souvent sur une période d'un an après la sortie de l'établissement de SSR spécialisé, que le projet ait été mis en œuvre partiellement ou complètement au moment de la sortie. Ceci implique que les moyens humains et financiers permettent la poursuite de la prise en charge au-delà de la période d'hospitalisation.

### **c. Recommandations du groupe de travail**

#### **MOYENS HUMAINS**

Le groupe de travail recommande que chaque professionnel de l'établissement de SSR spécialisé, dans son champ de compétence, soit impliqué dans le processus de DPI, et contribue à l'étape de repérage (cf chapitre 4).

Il s'agit également d'évaluer les conséquences du handicap sur la situation professionnelle de la personne, de préconiser et de mettre en œuvre des actions permettant de répondre à ses attentes et ses besoins.

La diversité des facteurs intrinsèques, extrinsèques et contextuels de la situation de la personne accompagnée requiert la complémentarité de compétences multiples qui reposent sur :

#### **A) Les « savoirs »**

- les connaissances médicales : diagnostiques et thérapeutiques,
- les différents types de déficiences et leurs conséquences dans la vie quotidienne ainsi qu'au regard d'un projet d'insertion socioprofessionnelle,
- les moyens de compensation des situations de handicap,
- les différentes étapes de prise en charge de la personne dans le processus DPI,
- la législation relative aux droits appliqués à la situation de la personne,
- les dispositifs de financement et aides financières,
- les métiers, les formations, la scolarité,
- l'environnement économique et social, le milieu de travail,
- les réseaux, partenaires extérieurs, dispositifs et ressources mobilisables dans le secteur sanitaire, médico-social, éducatif et professionnel.

#### **B) Les « savoir-faire »**

- être à l'écoute de la personne accueillie et de son entourage, être en accord avec elle et créer une relation de confiance nécessaire pour :

- informer et mobiliser la personne autour d'un projet de soins intégrant la dimension socioprofessionnelle,
- analyser sa situation et identifier ses besoins,
- recueillir son consentement et son adhésion à chaque étape du projet,
- mettre en cohérence l'état clinique de la personne avec le projet d'insertion socioprofessionnelle,
- utiliser les outils d'élaboration d'un projet socioprofessionnel ou démarches de maintien dans l'emploi,
- analyser et adapter une situation de travail\* ,
- travailler en pluridisciplinarité,
- coordonner le projet de DPI en collaboration avec l'ensemble des professionnels de l'établissement de SSR spécialisé, et en partenariat avec les professionnels du champ de l'emploi, de la formation ou études et du médico-social.

Pour mobiliser l'ensemble de ces compétences autour du projet d'insertion de la personne, le groupe de travail recommande que l'établissement de SSR spécialisé mette en place une équipe spécifiquement dédiée à la DPI.

Il est recommandé que cette équipe compte à minima les compétences de :

- médecin spécialisé ou qualifié en MPR,
- ergothérapeute,
- ergonomiste,
- psychologue spécialisé(e) ou qualifié(e) du travail,
- assistant(e) de service social,
- secrétaire.

Si l'accompagnement le nécessite et en fonction des pathologies, d'autres compétences peuvent venir renforcer celles de l'équipe (exemple : neuropsychologue).

Il est recommandé qu'un coordinateur soit identifié, au sein de l'équipe de DPI, dont les missions sont d'assurer :

- l'articulation des actions menées par les membres de l'équipe de DPI et celles menées en lien avec l'équipe pluridisciplinaire\*,
- la mise en œuvre des partenariats avec les dispositifs extérieurs impliqués dans l'insertion socioprofessionnelle,
- le suivi et la restitution de l'activité de l'équipe de DPI, en lien avec la direction de l'établissement et la Conférence Médicale d'Etablissement.

Il est recommandé que la coordination du projet de la personne, soit assurée, sous la responsabilité du médecin, par un membre de l'équipe de DPI désigné, en fonction de la nature du projet, comme référent pour la personne.

---

\* voir glossaire



Enfin, il est recommandé que cette équipe soit intégrée dans le fonctionnement administratif, économique et thérapeutique de l'établissement, notamment dans le projet d'établissement et le CPOM.

## **MOYENS MATERIELS**

La construction et la mise en œuvre du projet d'insertion de la personne requièrent des moyens matériels, organisationnels et financiers (investissement et fonctionnement) qui permettent à l'équipe dédiée à la DPI d'assurer son rôle de manière optimale. Le groupe de travail recommande qu'elle dispose :

- de matériel informatique y compris une boîte de courrier électronique,
- d'un dossier de DPI intégré au dossier du patient, afin d'assurer la traçabilité et le suivi de l'activité,
- des moyens liés aux déplacements nécessaires (lieu de travail, partenaires extérieurs, etc),
- des moyens nécessaires à l'accès aux informations : Internet, documentation écrite, participation à des colloques, congrès en rapport avec la thématique,
- de locaux clairement identifiés et implantés dans l'établissement de soins.

Ayant conscience que l'ensemble des moyens requis pour la mise en œuvre de la totalité du processus de DPI ne peut être envisagé en interne pour tous les établissements de SSR spécialisés, le groupe de travail recommande :

- que tous les établissements de SSR spécialisés assurent au minimum les phases de repérage (cf chapitre 4) et d'information de la personne, (cf chapitre 5),
- qu'ils fassent appel, pour la poursuite du projet d'insertion socioprofessionnelle, aux différentes ressources disponibles sur le territoire de santé, selon des modalités conventionnelles préalablement définies, ou décrites dans le projet médical de territoire.

## **4. REPERAGE DES PERSONNES SUSCEPTIBLES DE BENEFICIER DE LA DPI SOCIOPROFESSIONNELLE**

### **a. Revue de la littérature**

La question du repérage des patients susceptibles de bénéficier d'une de DPI est une question très importante. Car elle est la première étape du processus, visant à identifier si des déficiences et leurs conséquences fonctionnelles pourraient avoir un retentissement sur la vie professionnelle des personnes, permettant alors de proposer au patient un accompagnement.

Il peut exister certains freins de la part des professionnels de santé, à aborder ces questions lors de l'interrogatoire d'entrée d'une personne. Le plus fréquent est d'ordre psychologique, estimant que « la personne n'est pas prête, au début de son hospitalisation, à aborder ces problématiques ».

Plusieurs études qualitatives (cf tableau 5, chapitre 2.3) apportent des éléments de réponse, permettant de réfuter ces interrogations.

Plusieurs auteurs recommandent un repérage systématique (22). Par exemple, la NHS recommande dans la prise en charge des personnes atteintes de SEP, que celui-ci soit réalisé à chaque rencontre entre le médecin et la personne, y compris en consultation (23). Evaluer les besoins en réadaptation professionnelle est également une recommandation de grade A dans la prise en charge des patients traumatisés crâniens en Nouvelle-Zélande (25).

Suite à une étude qualitative sur le sujet, réalisée auprès de patients blessés médullaires, une « clinique » de soutien professionnel a été créée aux USA, permettant la collaboration entre professionnels de santé et une association de blessés médullaires. Toute personne admise dans cet établissement se voit proposer un entretien avec son ergothérapeute et un représentant de l'association concernant ses options individuelles de retour au travail et en cas d'impossibilité, explorer les alternatives (41).

De nombreux auteurs (20, 23, 25, 39-41, 49, 56, 57), ainsi que la norme AFNOR (3), et la conférence de consensus sur « la sortie du monde hospitalier et retour à domicile d'une personne adulte handicapée sur les plans moteurs et/ou neuropsychologiques » (45) préconisent que ce repérage soit réalisé de façon précoce, lors de l'hospitalisation en MPR.

Mais la précocité du repérage concerne également les professionnels d'amont (médecins de spécialités cliniques, médecins spécialistes généralistes, médecin du travail...), qui peuvent ainsi mieux orienter leurs patients pour leur prise en charge socioprofessionnelle. (23, 29, 46, 53, 56)

Le recensement des pratiques (cf annexe 2) montre que le repérage est réalisé majoritairement après l'admission du patient, même si un certain nombre de membres du groupe de travail ont présenté des expériences intéressantes telles que :

- repérage de ces éléments sur la fiche de pré-admission, qu'il s'agisse de patients venant d'autres établissements ou des patients hospitalisés après une consultation par des médecins de l'établissement SRR spécialisé,
- travail de collaboration avec les professionnels d'amont, qui effectuent ce repérage. La question de la réinsertion socioprofessionnelle devenant alors un des motifs de prise en charge en MPR.

La problématique de la réinsertion socioprofessionnelle correspond à un objectif prépondérant de prise en charge en « réadaptation professionnelle » dans plusieurs modèles (24, 26, 29, 30, 33, 47). Certains auteurs élargissent même le concept de réadaptation à la prévention (27, 35, 38, 46, 53, 58), jusqu'à proposer des prises en charge pluridisciplinaires en amont de l'arrêt

de travail, afin de limiter au maximum les risques d'arrêt de travail et/ou de mise en invalidité (27).

Cependant, certains auteurs déplorent l'absence d'outil facilitant ce travail de repérage, qui permettrait une orientation en réadaptation appropriée (56). Certaines échelles sont citées, comme la work instability scale ou encore le « work limitations questionnaire » pour les patients atteints de pathologies rhumatismales (21), mais aucune échelle ne semble faire consensus. En effet, les évaluations dépendent à la fois de la typologie du handicap et du poste de travail. (23, 46) Cette question mériterait d'être approfondie, mais ne correspond pas à l'objet de la présente recommandation.

### **b. Discussion du groupe de travail**

Les discussions du groupe de travail ont porté sur 2 sujets principaux :

- le rôle des acteurs d'amont,
- les informations nécessaires à ce repérage

Le groupe de travail a retenu le fait que, même si le recueil de l'ensemble des éléments concernant la situation socioprofessionnelle de la personne est utile à l'accompagnement de la personne, il est souvent chronophage et ne peut être réalisé de façon exhaustive par les structures d'amont (médecins de spécialités cliniques, médecins spécialistes généralistes, médecin du travail...), souvent par manque de temps.

Or l'implication des structures d'amont est essentielle, comme le montre la revue de la littérature et le recensement des pratiques. Tout particulièrement, dans un contexte où la logique des parcours de soins est importante, la notion de repérage précoce permettant une orientation ciblée en établissement de SSR spécialisé mettant en œuvre la DPI a retenu toute l'attention du groupe de travail. Il a donc été décidé de privilégier le recueil d'un nombre plus restreint d'informations, jugées comme essentielles au regard de la situation socioprofessionnelle du patient, plutôt que de développer, à cette étape du processus, un recueil exhaustif qui ne serait pas réalisé.

### **c. Recommandations du groupe de travail**

Il est recommandé que ce repérage soit **systematique**.

Il peut être réalisé à différents temps du parcours de la personne.

Au mieux, ce repérage est fait en amont de l'admission dans l'établissement de SSR spécialisé. Pour ce faire, il est recommandé que les documents d'échange entre le service de SSR et les structures hospitalières d'amont (MCO) ou les professionnels non hospitaliers

d'amont (médecin de spécialité dont la médecine générale et la médecine du travail) comportent :

- des informations relatives à la situation sociale (situation familiale, lieu de vie),
- des informations relatives au statut professionnel de la personne comprenant a minima, l'existence d'une activité professionnelle, le métier, ou la situation d'études ou de formation.

ANNEXE 3 : Renseignements recommandés dans les documents de pré-admission en SSR spécialisé facilitant le repérage d'un besoin d'accompagnement socioprofessionnel.

Ces informations ont vocation à être retranscrites dans le dossier médical de la personne dès l'entrée dans l'établissement de SSR spécialisé.

Lorsque ces informations ne sont pas recueillies en amont de l'hospitalisation en établissement de SSR spécialisé, il est recommandé de les intégrer à l'interrogatoire médical réalisé lors de l'examen d'entrée.

Ces informations sont alors disponibles et partagées par l'équipe pluridisciplinaire\*.

Le repérage d'un besoin potentiel de prise en charge par l'équipe DPI peut être fait par les différents professionnels de l'établissement de SSR spécialisé.

La personne peut elle-même envisager de bénéficier de la DPI et en faire directement la demande auprès des membres de l'équipe pluridisciplinaire\*.

La pertinence de l'accompagnement est fonction de l'état clinique et psychologique de la personne ainsi que de sa situation socioprofessionnelle.

## **5. INFORMATION DE LA PERSONNE SUR LE PROCESSUS DE DPI ET CRITERES D'INCLUSION ?**

### **a. Revue de la littérature**

La littérature ne comprend que très peu de données sur cette question, mais deux notions sont importantes (3, 23, 24, 26, 27, 29, 30, 33, 35, 41, 50, 54)

- la nécessité d'une information systématique de la personne sur l'existence de ressources permettant un accompagnement sur le plan de l'insertion socioprofessionnelle,
- le recueil de l'accord de la personne pour débiter ce processus de prise en charge.

Concernant l'information des personnes, les données des études qualitatives sont intéressantes :

- des professionnels de santé (infirmière, ergothérapeute, kinésithérapeute, travailleur social...) d'un établissement mettant en œuvre la DPI estiment que ces programmes devraient être mieux communiqués auprès des patients et de l'ensemble des professionnels de l'établissement de soin, afin que ces derniers puissent contribuer à les orienter si nécessaire (43).
- 24 patients atteints de SEP ont été interrogés (dont 1 seul avait entendu parler du concept de DPI) sur comment promouvoir l'information auprès des patients. Leurs propositions sont les suivantes :
  - plaquettes d'information : laissant la liberté à chaque personne de s'y intéresser ou non et l'initiative de contacter les professionnels mentionnés,
  - Internet : considéré comme le meilleur moyen d'information,
  - posters : en particulier dans des lieux tels que les couloirs, les salles d'attente, y compris en dehors de l'établissement (22).

Mais l'information écrite, même si elle est incontournable, ne remplace pas une information transmise oralement à la personne.

Il s'agit alors d'établir une communication efficace et de confiance, entre professionnels qui présentent et mettent en œuvre le processus de DPI et la personne elle-même, dont les maîtres mots sont l'adaptation du discours à la personne, l'absence de condescendance et le respect de ses attentes et besoins (36, 43, 45, 49, 54).

Seules les personnes souhaitant un accompagnement sont incluses dans le processus de DPI, mais aucune précision n'est donnée sur les modalités de recueil de ce consentement. (22, 29, 33, 58)

## **b. Discussion du groupe de travail**

Les discussions du groupe de travail ont essentiellement porté sur la « temporalité » et les modalités de cette transmission d'information.

En effet, de multiples facteurs peuvent influencer les attentes de la personne quant à son avenir socioprofessionnel, entre autres les facteurs liés :

- à la pathologie elle-même, tels que :
  - o le délai entre l'apparition de la pathologie et l'hospitalisation en établissement de SSR spécialisé,
  - o l'évaluation du pronostic fonctionnel, qui ne peut parfois être prononcé avant plusieurs mois,
  - o l'existence d'une anosognosie, ne permettant pas à la personne de prendre conscience d'éventuelles difficultés à venir...

- à l'état psychologique de la personne : les ressources nécessaires à l'intégration d'une dynamique professionnelle, de façon précoce après une altération de son état de santé ne sont pas mobilisables de façon homogène, tant en termes de motivation que de temporalité.

Il est apparu alors essentiel de différencier la notion d'information et la notion d'inclusion de la personne dans un processus de DPI.

L'étape d'information est un préalable nécessaire et indispensable, sans laquelle la personne, repérée comme pouvant présenter des difficultés potentielles à une réinsertion socioprofessionnelle, ne peut être elle-même moteur dans le processus.

Cette étape d'information doit être réalisée de façon précoce, et correspondre à un lien avec des professionnels ayant des compétences dans le domaine de la l'insertion professionnelle.

L'ensemble des membres du groupe de travail a insisté sur l'importance de la façon dont l'information est transmise au patient. Il est en effet très important de présenter le processus de DPI, sans que la personne puisse se sentir « contrainte » d'investir cette problématique alors qu'elle n'y est pas prête psychologiquement. Il s'agit :

- de s'adapter à l'état clinique et psychologique de la personne,
- de spécifier à la personne, sa place en tant qu'acteur dans le processus,
- de spécifier à la personne, la place des professionnels comme guide, soutien...

Cette information peut être renouvelée dès que l'équipe pluridisciplinaire\* l'estime nécessaire.

A l'issue de cette information, le recueil des attentes de la personne sur cette problématique est nécessaire. La décision d'inclusion dans le processus est prise par l'équipe de DPI, avec l'accord du médecin de MPR de l'établissement référent de la personne, lorsque celle-ci a donné son consentement.

Concernant le lien avec les structures d'amont, il est souhaitable, que les partenaires « adresseurs » soient informés de l'existence d'une DPI au sein de l'établissement SSR spécialisé afin qu'ils puissent en informer préalablement la personne.

Il s'agit d'encourager les liens entre structures de MCO et de SSR spécialisés, dans le but d'optimiser le parcours de soins de la personne.

---

\* voir glossaire

### **c. Recommandations du groupe de travail**

Le groupe de travail recommande que dès son hospitalisation dans l'établissement SSR spécialisé, l'information sur la DPI soit donnée à la personne par un membre de l'équipe pluridisciplinaire\*.

Il est recommandé que cette information soit reprise et commentée par un professionnel de l'équipe de DPI. Elle doit être claire et formulée de façon compréhensible pour la personne, adaptée à son état clinique et psychologique et peut être renouvelée si besoin au cours de son hospitalisation.

Dès le début du séjour, il est recommandé qu'un entretien avec un ou des professionnels de l'équipe DPI soit proposé à toute personne repérée.

Cet entretien a pour objectif :

- d'approfondir les éléments recueillis lors du repérage,
- de délivrer à la personne une information claire sur la démarche précoce d'insertion,
- de recueillir les attentes de la personne,
- de rechercher le consentement et l'adhésion de la personne pour intégrer le processus de DPI.

La décision d'inclusion est prise par l'équipe de DPI, avec l'accord du médecin MPR de l'établissement référent de la personne lorsque :

- la personne est âgée entre 16 ans et l'âge légal de la retraite,
- les composantes de son état de santé peuvent engendrer des difficultés à l'accès ou au maintien dans l'emploi, à l'entrée en formation, à la reprise ou continuation d'études,
- l'accès ou le retour à l'emploi, la reprise ou la continuation d'études ou l'entrée en formation est une préoccupation exprimée par la personne,
- le consentement éclairé de la personne pour intégrer le processus de DPI a été recueilli et noté par écrit.

Le groupe de travail recommande que :

- l'équipe de DPI puisse promouvoir la DPI au sein des structures d'amont de l'établissement de SSR spécialisé,
- différents supports de communication contribuent à informer la personne et son entourage sur le dispositif de la DPI : livret d'accueil, plaquette d'information, affichage, support audiovisuel...

---

\* voir glossaire

## **6. CONSTRUCTION ET MISE EN ŒUVRE DU PROJET D'INSERTION SOCIOPROFESSIONNELLE DE LA PERSONNE**

### **a. Revue de la littérature**

La notion de prise en charge holistique, comprenant une évaluation simultanée de l'état clinique, psychique et les facteurs environnementaux, dont ceux du travail, est partagée par de nombreux auteurs.

Les champs fonctionnel, physique, psychologique et cognitif sont systématiquement cités dans la littérature, et n'ont pas d'intérêt à être détaillés.

L'importance de certains facteurs environnementaux et personnels sont particulièrement souligné tels que :

- Les éléments en rapport avec le milieu du travail (29, 52)
  - o Charge physique du poste de travail (29)
  - o Organisation du travail au sein de l'entreprise, régime, horaire (15, 29)
  - o Rapports avec le collectif de travail (52), contexte du travail, de l'entreprise (collègue, supervision, contact clientèle...) (15, 59)
  - o Identifier toutes les parties prenantes qui pourraient impacter le retour au travail. Il s'agit de s'interroger sur ce qu'ils ont à faire pour faciliter le retour au travail et quelles sont les attentes de ces actions (52)
  - o Description générale de l'entreprise, de l'activité, des tâches avec analyse du poste de travail pour en comprendre les exigences (15, 41, 47, 54, 59)
  - o Implantation géographique (15)
  - o Accessibilité (15)
  - o Qualifications requises (15)
  - o Equipement, modes de communication, culture d'entreprise (15)
- les compétences scolaires, et le niveau d'éducation (3, 15, 29, 41, 50, 54)
- le délai depuis la dernière activité professionnelle (29)
- le parcours professionnel (3, 15, 24, 31, 50, 54)
- les croyances et les motivations (3, 15,50).

L'objectif principal d'un tel approfondissement est d'aider les personnes à découvrir aussi bien leurs possibilités qu'à identifier les freins potentiels à leur projet d'insertion (24, 29, 52). La mise en commun des informations obtenues suite à l'ensemble des évaluations est réalisée lors de réunions pluridisciplinaires (29).

Ces synthèses pluridisciplinaires permettent une mise en cohérence des évaluations et de dégager un plan de réadaptation, formulant des objectifs individualisés, construits avec et pour chaque patient (29, 47).



Les moyens utilisés (détaillés uniquement hors rééducation habituelle) :

- groupes de discussion : utilisation d'un livre intitulé « it is a question of your life », (29)
- éducation thérapeutique sur la douleur, l'ergonomie, le stress, l'hygiène de vie ou style de vie, (29, 46)
- activités créatives, (29)
- présentation de l'office de sécurité sociale et de l'office de l'emploi, et des ressources mobilisables relatives à l'emploi, (29, 50, 54)
- informations pratiques administratives et juridiques, (3)
- visites du lieu de travail (avec recours possible à la vidéo), (15, 21, 24, 29, 47, 48) ou étude ergonomique du poste de travail, (3, 36, 53, 54)
- contact le plus précoce possible avec l'employeur, (21, 23, 24, 26, 29, 31, 36, 46, 52, 53, 59) afin :
  - o d'évaluer des possibilités de maintien dans l'emploi,
  - o d'informer, de conseiller,
  - o d'impliquer la hiérarchie,
- entretiens avec la personne, professionnels de la DPI et toutes les parties prenantes. (21, 25, 36, 50, 52) Ces entretiens visent à faciliter la communication entre les acteurs permettant (36) :
  - o la construction d'un lien de confiance,
  - o à chacun d'être considéré comme acteur à part entière,
- liens avec les structures d'insertion y compris le milieu protégé, (3, 23, 26, 46, 48, 50)
- préconisation d'aides techniques ou d'adaptation, (3, 23, 26, 31, 36, 46, 47, 53, 54, 55)
- mise en situation (3, 6, 30, 45, 46, 48), avec soutien d'un professionnel sur le lieu de travail appelé « job coach ». (25, 31, 54, 55) Ces mises en situation sont considérées comme la clé future des stratégies de soutien à l'emploi. (25)
- évaluation des problématiques de transport, (3, 26, 50)
- information sur les structures de soutien professionnel, (3, 23, 50)
- visite des lieux de formation, (3)
- visite à domicile (54)
- bilan de compétences et tests psychotechniques, (47, 48, 50, 54)
- Entretiens avec les proches. (54, 59)

Les méthodologies employées sont résumées dans le tableau n° 6

**TABLEAU N° 6 : DESCRIPTION DES METHODOLOGIES DE DPI DECRITES DANS LA LITTERATURE**

<b>Titre</b>	<b>Populations / pathologies concernées</b>	<b>Grandes étapes de la construction et mise en œuvre du projet</b>
<p>Quality of life and maintenance of improvements after early multimodal rehabilitation a 5 year follow up. A. Westman, 2006 Suède (29)</p>	<p>Handicaps liés à des TMS</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Evaluation globale de la personne : physique, psychique, facteurs professionnels et environnementaux</li> <li>2) Contact précoce avec l'employeur</li> <li>3) Réentraînement au cas par cas en fonction des conclusions des évaluations</li> <li>4) Suivi : rencontres régulières pendant 1 an</li> </ol>
<p>Working towards employment NHS, 2009 Royaume-Uni, (24)</p>	<p>Handicaps liés à un traumatisme crânien, lésion médullaire ou pathologie neurologique</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Evaluation initiale, inclusion et planification de la réadaptation : (Données démographiques, cliniques, questions d'orientation...)</li> <li>2) Evaluation fonctionnelle, cognitive, des intérêts professionnels, des capacités et aptitudes, des spécificités du travailleur</li> <li>3) Intervention : avec et auprès des partenaires adaptés à la situation de la personne (job center, job development, ergonome...)</li> <li>4) Réinsertion et suivi</li> </ol>
<p>Designing a work place return to work programm for occupational C. Ammendolia, 2009 Canada (52)</p>	<p>Lombalgiques chroniques</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Identification des barrières de retour au travail dont : <ul style="list-style-type: none"> <li>- les rapports avec le collectif de travail,</li> <li>- identification des personnes décisionnaires dans l'entreprise,</li> </ul>                     ET implication de la personne dans le projet de réinsertion                 </li> <li>2) Identification des solutions de retour au travail</li> <li>3) Préparation et mise en œuvre du plan d'action</li> <li>4) Evaluation du plan mis en œuvre</li> </ol>

*Démarche précoce d'insertion socioprofessionnelle en établissements de soins de suite et de réadaptation spécialisés relevant des champs de compétences de la médecine physique et de réadaptation*  
*Argumentaire*

<p>workplace-based return to work interventions: A systematic Review of the Quantitative and Qualitative Literature R.L. Franche, 2004 Canada (36)</p>		<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Evaluation des besoins et possibilités de la personne et de l'employeur.</li> <li>2) Etude de faisabilité impliquant toutes les parties</li> </ol>
<p>ESAP, évaluation systémique des aptitudes professionnelles P. Villers, 2003 Belgique (15)</p>	<p>Initialement développé pour les patients cérébro-lésés, et élargi à tout type de pathologies.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Bilans des aptitudes et exigences professionnelles, de l'environnement de travail</li> <li>2) Définition des profils de l'emploi, (« définis » par contact et observation du poste de travail et « non défini » sur seul interrogatoire de la personne) et de la personne, en tenant compte de l'expérience professionnelle, des compétences scolaires, des croyances et de la motivation.</li> <li>3) Confrontation des profils</li> <li>4) Définition des possibilités de réinsertion</li> </ol>
<p>Replicated positive results for the VCC model of vocational intervention after ABI within the social model of disability J.F. Malec, 2006 USA (30)</p>	<p>Traumatisés crâniens</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Evaluation des capacités (physiques, cognitives et comportementales)</li> <li>2) Evaluation des exigences du poste de travail</li> <li>3) Etude de faisabilité</li> <li>4) Réinsertion et suivi</li> </ol>
<p>Effectiveness of vocational rehabilitation following acquired brain injury: Preliminary evaluation of a UK specialist rehabilitation programme L. Murphy, 2006 Royaume-Uni (33)</p>	<p>Traumatisés crâniens</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Remédiation cognitive et amélioration des capacités sociales en lien avec le travail - Aide à la construction des attentes des personnes</li> <li>2) Développement de leur connaissance des conséquences du TC</li> <li>3) Identification d'objectifs professionnels réalistes et attirants</li> <li>4) Mises en situation sur des lieux de travail sous contrôle d'un « job coach » pendant au moins 4 semaines</li> <li>5) Evaluations régulières</li> <li>6) Soutien à la mise en œuvre de la réinsertion</li> <li>7) Suivi</li> </ol>

*Démarche précoce d'insertion socioprofessionnelle en établissements de soins de suite et de réadaptation spécialisés relevant des champs de compétences de la médecine physique et de réadaptation*  
Argumentaire

<p>Functional vocational assessment for individuals with spinal cord injury P. Targett, 2005 USA (54)</p>	<p>Blessés médullaires</p>	<p>1) Evaluation fonctionnelle, psychologique professionnelle 2) Présentation des différentes options envisageables avec la personne 3) Etude de faisabilité</p>
<p>Return to work after brain injury ; a self directed approach S.A. Kolakowsky-Hayner, 2001 USA (59)</p>	<p>Traumatisés crâniens</p>	<p>1) Aide à la définition des attentes de la personne 2) Evaluation professionnelle : contenu du poste, contexte de l'entreprise, aménagements nécessaires 3) Etude de faisabilité et orientation vers des alternatives à l'emploi en cas d'impossibilité de réinsertion professionnelle 4) Relais vers les structures adaptées</p>
<p>Traumatic Brain Injury Dq acute management and rehabilitation Guidelines group, 2006 Nouvelle-Zélande (25)</p>	<p>Traumatisés crâniens</p>	<p>1) Mise en corrélation des besoins du poste /ou de la formation, avec les capacités de la personne 2) Etude de faisabilité 3) Suivi</p>
<p>Sucessul work supports for persons with SCI: focus on job retention P. Targett, 2004 USA (55)</p>	<p>Blessés médullaires</p>	<p>Prise en charge individualisée : 1) Aide à l'élaboration du projet 2) Aide à la recherche d'emploi 3) Suivi sur le lieu de travail</p>
<p>Supporting employment for adults with Aquired Brain Injury: a conceptual model V Vandiver, 2003 USA (47)</p>	<p>Traumatisés crâniens</p>	<p>1) Réadaptation médicale 2) Evaluation professionnelle (exigences du poste) 3) Evaluation neuropsychologique 4) Evaluation situationnelle 4) Mise en œuvre du projet de réinsertion 5) Suivi</p>

## **b. Discussion du groupe de travail**

L'ensemble du groupe de travail a trouvé pertinent de classer l'ensemble des champs à évaluer selon ceux de la Classification internationale du fonctionnement (CIF), qui a vocation à permettre une approche globale de la personne, tant du point de vue de ses capacités, que de ses limitations de participation et de ses attentes, en fonction de facteurs contextuels (environnementaux et personnels).

Les données concernant le parcours scolaire et professionnel de la personne ainsi que l'ensemble des éléments à recueillir sur le poste de travail sont communs à l'ensemble des participants au groupe de travail, et n'a suscité aucun débat, ce qui a été confirmé par les résultats du recensement des pratiques professionnelles (cf annexe 2).

Les moyens utilisés pour affiner l'ensemble des champs, permettant d'aider à la définition du projet socioprofessionnel de la personne n'ont pas non plus été source de débat.

Cependant, les résultats du recensement professionnel, tend à montrer, que si personne ne remet en question le bienfait des mises en situation et le réentraînement sur le lieu de travail, celui-ci n'est pas forcément mis en œuvre, et ce, à cause de difficultés administratives pour des patients pris en charge en établissement sanitaire. En effet, il n'existe pas, à ce jour, sur le plan national, d'accord entre la sécurité sociale et les établissements de SSR spécialisés permettant la mise en place de cet outil pendant la période d'hospitalisation et/ou d'arrêt de travail.

Le recensement des pratiques a permis de confirmer l'importance de la prise en charge de tous les aspects sociaux et fonctionnels tels que le domicile, les moyens de transports, qui ressortent finalement peu de la revue de la littérature.

## **c. Recommandations du groupe de travail**

L'objectif est d'évaluer de façon holistique et dynamique, la situation de la personne afin de l'aider dans sa réflexion et identifier les solutions envisageables en termes de réinsertion socioprofessionnelle, afin qu'elle puisse faire ses choix éclairés.

Pour cela, il est recommandé que l'ensemble des champs de la CIF soit exploré et évalué avec la personne.

Il est souvent nécessaire d'échanger des informations avec l'entourage et les parties prenantes au projet extérieurs à l'établissement de SSR spécialisé. Ceux-ci ne pourront être contactés qu'avec l'accord explicite de la personne.

## **I - CHAMP DU FONCTIONNEMENT ET HANDICAP**

### **I.a Evaluation clinique :**

- fonctions physiques
- fonctions cognitives
- troubles comportementaux
- état psychologique

### **I.b Evaluation fonctionnelle**

- niveau de dépendance
- activités
- participation

## **II - CHAMP DES FACTEURS CONTEXTUELS**

### **II.a Facteurs environnementaux**

- situation sociale, administrative, familiale et financière
- Conditions de vie (transport, accessibilité, habitat, déplacement, conduite, etc)
- Soutiens et relations (familiaux, amicaux, attitude de l'entourage, etc)
- Centres d'intérêts (activités occupationnelles, loisirs, etc)
- Cursus et parcours scolaire
- Parcours professionnel
- Situation au regard de l'emploi

#### Pour les personnes ayant une activité professionnelle

Quel que soit le type de contrat de travail (y compris les travailleurs indépendants et les intérimaires) :

- description des tâches
- étude de la situation de travail\* réelle et supposée dans les champs du management, de l'organisation et des conditions de travail :
  - contexte général de l'entreprise\*
  - accessibilité
  - trajet domicile-travail...
- nature des liens existants avec le milieu de travail
  - médecin du travail
  - employeur,
  - collectif de travail...

#### Pour les personnes n'ayant pas de contrat de travail

- existence de liens avec les différents opérateurs d'insertion et de maintien dans l'emploi\*

---

\* voir glossaire

Pour les personnes en cours d'études ou formation

- contexte environnemental de la formation :
  - contenu, modalités de validation, exigences des études ou de la formation
  - accessibilité des locaux
  - modalités du déplacement domicile – lieu d'études ou de formation...

**II.b Facteurs personnels**

- sexe, âge, etc.
- Ressentis et projection :
  - représentation de la personne au regard de ses capacités fonctionnelles par rapport à ses capacités au travail/métier,
  - Attentes de la personne sur le plan de la réinsertion,
  - projections sur l'avenir.

Ces champs sont évalués et à réactualiser tout au long de l'accompagnement en fonction de l'évolution des différents aspects fonctionnels, psychologiques et environnementaux de la personne.

Il est recommandé que la mise en cohérence des résultats des évaluations comporte plusieurs étapes :

- 1) Réaliser une synthèse pluridisciplinaire initiale, permettant de partager l'ensemble des éléments recueillis auprès de la personne et/ou de son entourage rencontré avec son accord et dégager, au regard de ses attentes ou besoins, des pistes, objectifs ou stratégies formalisés par écrit et remis à la personne.
- 2) Enrichir, en accord avec la personne, l'évaluation de ces champs, par des prises de contact (téléphone, courrier, rencontre) avec les parties prenantes extérieures identifiées selon le contexte, afin d'objectiver le contexte professionnel et environnemental.

Il est recommandé que les éléments recueillis soient à nouveau partagés de façon pluridisciplinaire afin de réorienter les actions à mener en fonction des attentes ou besoins de la personne.

Les processus et moyens mobilisables pour la construction et la mise en œuvre du projet de la personne sont fonction de ses attentes, ainsi que de sa situation au regard de l'emploi.

Il est important de souligner le caractère dynamique du processus, dont le rythme doit prendre en compte, de façon simultanée, les problématiques médicales, fonctionnelles et psychologiques de la personne, ainsi que les contraintes médico-administratives.

Dans un objectif de clarté, les processus ont été synthétisés dans le schéma ci-dessous, et les outils listés dans les annexes référencées dans le schéma.

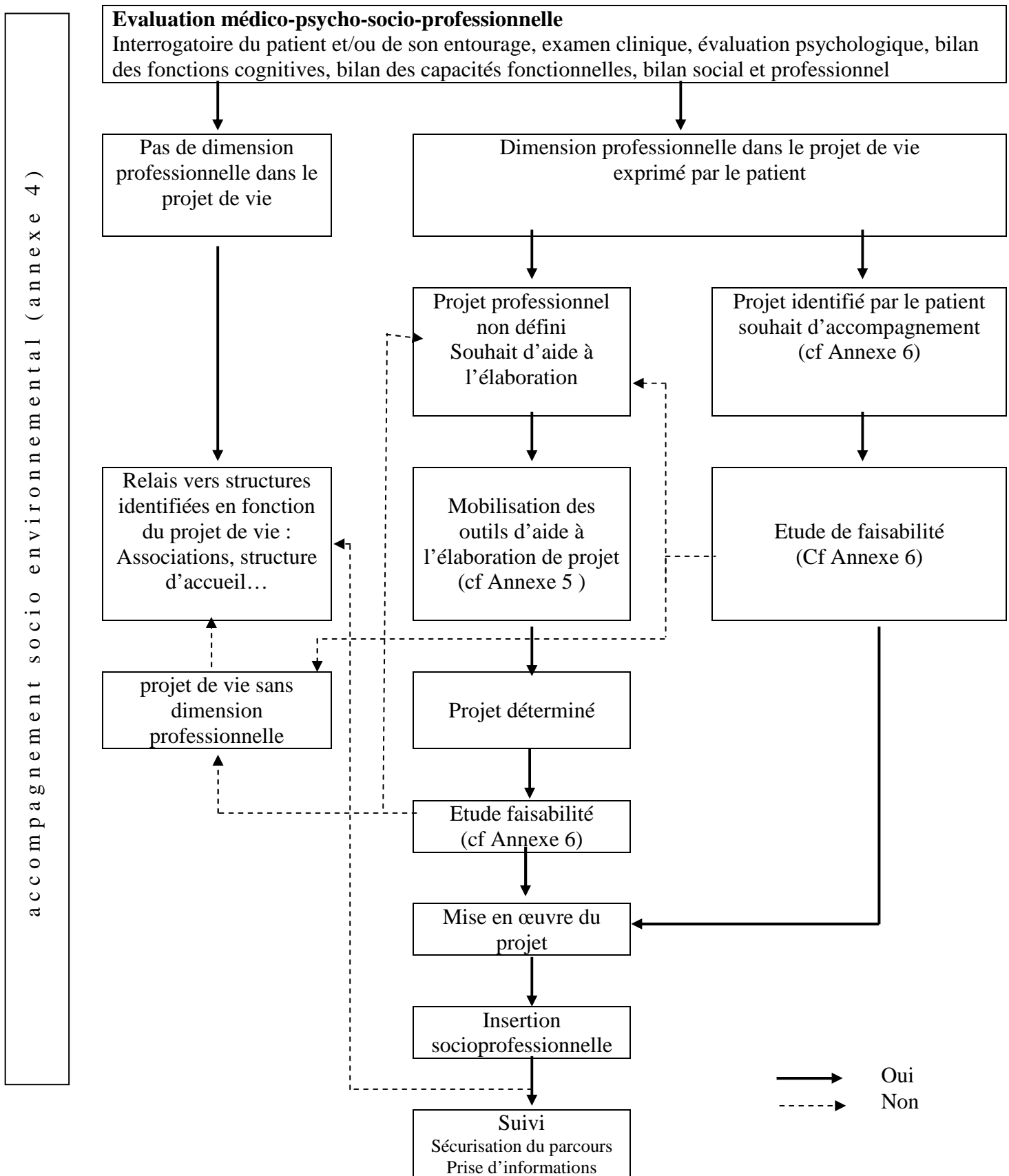
En effet, tous les outils ne sont pas mobilisés de façon systématique, mais de façon adaptée à chaque situation.

Les liens avec les structures extérieures intervenant dans le champ de l'insertion professionnelle seront développés dans le chapitre 7.

Le recueil de l'adhésion de la personne est nécessaire tout au long de la prise en charge et implique que l'ensemble des processus et outils ne puissent être mobilisés qu'avec l'accord explicite et la participation active de la personne.



**SCHEMA GENERAL DES PROCESSUS ET MOYENS MOBILISABLES POUR  
 L'ELABORATION ET LA MISE EN ŒUVRE DU PROJET D'INSERTION SOCIOPROFESSIONNELLE**



## **7. QUELLES ARTICULATIONS NECESSITE LA DPI ENTRE L'ETABLISSEMENT SSR SPECIALISE ET LES DISPOSITIFS EXTERIEURS ŒUVRANT DANS LE CHAMP DE L'INSERTION PROFESSIONNELLE ?**

### **a. Revue de la littérature**

Les dispositifs extérieurs œuvrant dans le champ de l'insertion professionnelle comprennent des acteurs communs à tous les pays, ainsi que des acteurs spécifiques à l'organisation de chaque pays.

Concernant les acteurs communs, tels que les médecins du travail, mais aussi des systèmes d'assurances, ou encore les employeurs, l'importance des liens a été largement discutée dans le chapitre 6.

Il est cependant important de souligner à nouveau l'importance de la place des employeurs, en tant que lieux de mises en situation, encore appelés réentraînement. Ces mises en situation semblent être plus fréquentes dans des pays tels que le Royaume uni, les Etats-Unis, la Finlande ou encore la Nouvelle Zélande, qu'en France (25, 30, 31, 46, 48, 54, 55).

L'articulation avec les acteurs spécifiques à chaque pays, dont on pourra citer par exemple les « job center plus », ou encore « job development » est indispensable.

La notion de coordination est soulignée à plusieurs reprises, en particulier en ce qui concerne la recherche d'emploi (3, 24, 30, 31, 46, 50, 55).

Plusieurs auteurs affirment que le lien entre professionnels de la réadaptation et ces services communautaires de l'insertion professionnelle est primordial, du fait notamment de la difficulté pour ces acteurs d'avoir une bonne représentation des difficultés, possibilités et capacités de travail de la personne. Et ceci en particulier pour des personnes présentant des séquelles de pathologies neurologiques complexes (lésions médullaires, cérébrales...) (20, 33, 37, 41, 46, 50, 59).

Les problèmes d'accessibilité de ces lieux sont également mis en avant par les professionnels de santé, comme responsables d'une fragmentation des prises en charge sociales et de frein à l'insertion (43).

### **b. Discussion du groupe de travail**

Le groupe de travail a souligné l'importance des liens nécessaires avec les structures permettant de fluidifier le parcours de la personne. Ce qui est confirmé par recensement des pratiques (cf annexe 2).

L'évaluation du retentissement des séquelles, en particulier dans le cas de pathologies neurologiques complexes, par les principaux opérateurs d'insertion et de maintien dans l'emploi\* est également reconnue par le groupe de travail comme problématique.

Même si la coordination avec tous ces acteurs est reconnue comme indispensable, la notion de continuum de prise en charge de la personne incite les membres du groupe de travail à préconiser un réel travail de partenariat entre les acteurs, dans la limite des possibilités de prise en charge, plutôt qu'un simple travail de relais.

### **c. Recommandations du groupe de travail :**

Il est recommandé que ces articulations soient mises en place par l'équipe de DPI dans le cadre du travail d'élaboration et de mise en œuvre du projet d'insertion dans le délai maximal d'1 an après la sortie de l'établissement de SSR spécialisé.

Ces articulations diffèrent selon la situation et les besoins exprimés par la personne.

#### **A) La MDPH**

Afin de fluidifier le parcours des personnes accueillies, le groupe de travail recommande que des liens étroits soient créés avec la MDPH de leur département par un partenariat formalisé.

Ces liens ont vocation à :

- partager les modalités d'évaluation, afin que les évaluations menées au sein de l'établissement de SSR spécialisé soient reconnues par la MDPH, et compatibles avec le GEVA,
- permettre la transmission et l'étude des évaluations menées au sein de l'établissement de SSR spécialisé, afin de faciliter les prises de décision des MDPH, le plus précocement possible.

Une fois les décisions notifiées par la MDPH, l'équipe de DPI de l'établissement de SSR spécialisé en facilite la concrétisation.

#### **B) Le médecin du travail**

Le médecin du travail en qualité de conseiller du salarié et de l'employeur est le pilier de la relation entre la personne, l'entreprise\* et l'équipe de DPI de l'établissement de SSR spécialisé.

L'équipe de DPI, en accord avec la personne, apporte les éléments nécessaires à la construction du projet. L'étude de faisabilité et la mise en œuvre du projet, dans le cas d'une insertion en entreprise, seront réalisées en collaboration avec le médecin du travail, l'entreprise\*, la personne et l'équipe de DPI.

---

\* voir glossaire

### **C) Les médecins**

Par l'intermédiaire de la personne ou avec son accord, l'équipe de DPI de l'établissement de SSR spécialisé partage avec l'ensemble des médecins susceptibles d'être concernés par le projet d'insertion de la personne, les informations relatives à la construction et la mise en œuvre de son projet. Ainsi, médecin MPR, médecin généraliste ou de toute autre spécialité clinique, médecin du travail, médecin conseil des organismes d'assurance maladie\*, médecin de la MDPH et médecin des assurances assurent leurs missions et contribuent au bon déroulement du processus de DPI.

Les prises de décision et l'avancement des étapes de prise en charge sont tributaires de ces échanges d'informations globales, réalisés au bon moment et en accord avec la personne.

### **D) Les entreprises\***

L'entreprise intervient à deux niveaux :

- 1) En tant qu'employeur de la personne, elle est l'interlocuteur privilégié de l'équipe de DPI de l'établissement de SSR spécialisé en lien avec le médecin du travail, elle participe à la construction et la mise en œuvre du projet de maintien dans l'emploi.
- 2) En tant que lieu de mise en situation : partenaire de l'équipe de DPI de l'établissement de SSR spécialisé, elle participe à la mise en situation professionnelle de la personne.

Il est fortement conseillé de développer les partenariats avec les entreprises afin de favoriser le plus possible les mises en situation professionnelle en s'assurant du respect du cadre réglementaire impliquant les couvertures assurantielles et l'entreprise\*.

### **E) Les organismes de formation**

Le lien avec les organismes de formation est fondamental. Il permet, en accord avec la personne :

- de valider la faisabilité du projet,
- de valider l'accessibilité des lieux, et le cas échéant de proposer les aménagements nécessaires,
- de sensibiliser sur les besoins et/ou difficultés spécifiques de la personne afin que tout soit mis en œuvre pour faciliter la réussite du projet.

Ces démarches, qui nécessitent des visites sur les lieux de formation, sont réalisées en amont de la prescription de formation par l'organisme prescripteur et/ou financeur (SPE, OPCA, CRP, Agefiph, FIPHFP, Conseil Régional, etc)

### **F) Les opérateurs d'insertion\***

Ces relais peuvent être réalisés dans différentes situations :

- le délai d'un an après la sortie de l'établissement de SSR spécialisé est dépassé,
- il s'agit d'une recherche directe d'emploi,

---

\* voir glossaire

- il existe une problématique d'éloignement géographique,
- la personne en fait la demande.

L'objectif est de contribuer à fluidifier le parcours de la personne, en facilitant, avec son accord, la transmission des éléments fonctionnels et les éventuels aménagements nécessaires à prendre en compte dans le cadre de son projet. Plusieurs modalités sont envisageables : fiche de liaison donnée à la personne pour transmission, rencontre avec la personne et son référent...

Les opérateurs diffèrent en fonction de la situation de la personne au regard de l'emploi et/ou la nature du projet d'insertion. On peut citer à titre d'exemple, les interlocuteurs privilégiés que sont :

- le SPE, dans le cas des personnes sans contrat de travail,
- le médecin du travail, dans le cas des personnes ayant un contrat de travail. Celui-ci travaille en collaboration avec les opérateurs d'insertion\*.

### **G) Services sociaux des organismes d'assurance maladie\***

Ces organismes ont un rôle croissant dans les problématiques de maintien dans l'emploi tout particulièrement pour le régime général, les CARSAT.

Différentes modalités de collaboration sont envisageables en amont comme en aval de l'accompagnement : fiche de liaison transmise par la personne, rencontre avec la personne et son référent...

## **8. SUIVI DE LA PERSONNE APRES LA MISE EN ŒUVRE DU PROJET D'INSERTION SOCIALE ET PROFESSIONNELLE**

### **a. Revue de la littérature**

La nécessité d'un suivi au-delà de la réalisation du projet d'insertion professionnelle de la personne est unanime dans la littérature, en particulier pour des pathologies telles que lésions médullaires et traumatismes crâniens.

La durée de ce suivi est cependant variable, en général situé à 1 an (29, 30), il peut être de 2 ans (32), voire 5 ans (33). Il est également souhaité sans limite de temps par plusieurs auteurs (22, 24, 25), considérant souvent la consultation médicale de suivi comme le moment opportun pour s'enquérir d'éventuelles difficultés afin de pouvoir proposer une nouvelle évaluation si nécessaire (20, 23, 41, 45).

Ce suivi à moyen ou long terme a plusieurs objectifs :

---

\* voir glossaire

- permettre de prendre connaissance d'éventuelles difficultés et y apporter les réponses nécessaires afin de prévenir une éventuelle désinsertion professionnelle,
- évaluer la satisfaction de la personne et du milieu de travail,
- et contribuer à évaluer le processus d'accompagnement proposé.

Pour illustrer ces propos, L. Hills et al insistent sur l'importance de ne pas limiter ce soutien en réadaptation professionnelle à la seule période faisant directement suite à la lésion médullaire, car il est fréquent de constater dans le parcours de la personne, qu'une reprise d'activité est suivie, dans un second temps, d'une interruption.

L'étude, montre que si le taux de reprise d'activité de 57 personnes blessées médullaires était de 42% initialement, celui-ci n'est plus de 26% au moment de l'étude. Ils concluent ainsi que très peu d'attention est portée pour savoir comment les blessés médullaires, en emploi, gèrent leur situation pour se maintenir ou évoluer sur le plan professionnel (41).

Van Den Hout et al, lors d'une étude observationnelle, mettent également en évidence une évolution défavorable de la situation au regard de l'emploi de personnes atteintes de pathologies rhumatismales deux ans après la fin de leur prise en charge (21).

Ces suivis peuvent être réalisés par téléphone, par mail ou encore directement sur le lieu de travail (3, 24).

Le rôle du « coordinateur de cas » ou de « référent » est à nouveau souligné dans cette phase de suivi (3, 24, 30, 33, 44, 47).

## **b. Discussion du groupe de travail**

Les discussions du groupe de travail à ce sujet ont été nombreuses.

Même si le recensement des pratiques professionnelles (cf annexe 2) a mis en évidence que la majorité des centres effectue un suivi régulier dans l'année, voire les 2 ans suivant l'insertion, au moyen d'entretiens, de visite sur le lieu de travail, de consultation de contrôle ou de nouvelles journées de bilan, il n'a pas paru opportun à la majorité de maintenir une durée de suivi à plus de 6 mois à 1 an.

En effet ce qui apparaît comme l'élément le plus important au groupe de travail, c'est de permettre à l'équipe de DPI de pouvoir continuer à intervenir, en accord avec les personnes concernées par le projet, une fois la reprise d'activité professionnelle, d'études ou de formation réalisée. L'ajustement des aménagements préconisés ne peut que très rarement être finalisé en amont de cette reprise, et de sa réalisation peut dépendre la pérennité de l'insertion. Le groupe de travail insiste sur le fait que le suivi à plus long terme est très important à plusieurs titres :

- afin de prévenir une éventuelle désinsertion professionnelle,
- afin d'améliorer nos connaissances sur le parcours professionnel des personnes en situation de handicap.

Mais cette mission relève, de l'avis du groupe de travail, plus du suivi médical, pour ce qui est de la prévention de la désinsertion professionnelle, ou du domaine de la recherche pour ce qui est de l'amélioration des données épidémiologiques.

L'ensemble du groupe de travail confirme la nécessité de promouvoir des recherches sur la thématique « handicap et travail », ce qui implique des moyens spécifiques qui ne font pas l'objet de la présente recommandation.

### **c. Recommandations du groupe de travail**

La mise en œuvre du projet se concrétise lorsque la personne a repris un emploi, des études ou une formation. Or il est fréquent que certains ajustements soient nécessaires à l'issue de cette reprise.

C'est pourquoi, pour toutes les personnes dont le projet d'insertion s'est concrétisé dans les douze mois suivant la sortie de l'établissement de SSR spécialisé, le groupe de travail recommande qu'une période de sécurisation de l'insertion de 6 mois soit mise en œuvre, par le référent de la personne au sein de l'équipe de DPI, afin :

- de finaliser l'aménagement de la situation de travail\*, d'étude ou de formation, en réalisant si besoin des visites sur le lieu de travail, de formation ou d'études,
- de rester disponible pour la personne et les partenaires extérieurs impliqués dans le projet.

Cette période de sécurisation peut s'avérer nécessaire jusqu'à 12 mois pour certaines personnes atteintes de pathologies présentant des particularités au regard de l'emploi, telles que cérébro-lésés, blessés médullaires, sclérose en plaques, etc.

Il est recommandé qu'elle soit réalisée en concertation avec l'ensemble des acteurs concernés, en particulier celle du médecin du travail en cas de reprise d'activité professionnelle.

Elle vise à prévenir une éventuelle désinsertion professionnelle secondaire, en facilitant l'identification et la mise en œuvre des ajustements nécessaires, voire de réorienter la personne en fonction de l'évolution de sa situation.

Dans l'année suivant cette période de sécurisation du parcours d'insertion, il est recommandé que la personne soit contactée pour obtenir des informations sur son devenir et ainsi mieux évaluer l'accompagnement socioprofessionnel réalisé par l'équipe de DPI.

## **9. PLACE DE LA PERSONNE TOUT AU LONG DU PROCESSUS**

---

\* voir glossaire

### **a. Revue de la littérature**

Il existe une totale cohérence dans la littérature à ce sujet. La personne est au centre du processus de prise en charge, et doit être un véritable acteur de son parcours, incluse à chaque étape du processus. (25, 29, 45, 46, 61) La construction du projet doit tenir compte des attentes et des besoins de la personne (3, 23, 44).

Les professionnels sont alors décrits comme :

- ayant un rôle vital à jouer pour épauler les personnes, en apportant informations et conseils impartiaux (15),
- ayant vocation à présenter les différentes options qui s'offrent à la personne en les aidant à prendre conscience de leurs compétences, afin que la personne elle-même fasse « le bon choix » (54),
- ceux permettant d'aider la personne à se poser les bonnes questions, qui leur permettront de faire les bons choix (59).

Tous les contacts pris dans le cadre de l'évaluation et de la construction du projet ne peuvent être faits sans l'accord de la personne. Sa présence sera proposée à chaque étape, (59) le cas échéant, une restitution doit lui être faite à l'issue, au moins par oral (23, 29), au mieux, par écrit (59).

Ce dialogue permanent impose aux professionnels d'adapter leur discours à la personne (45, 54, 59).

L'implication de l'entourage est très fréquemment citée dans la littérature, comme un facteur important de la prise en charge, et de façon encore plus marquée lorsqu'il s'agit de personnes présentant des troubles des fonctions cognitives. (3, 32, 36, 45, 54)

Dans l'étude descriptive des parcours de retour au travail après AVC, les 6 personnes identifient leur famille comme principale source de soutien durant le processus de réadaptation. Ceci est également le cas pour les personnes blessées médullaires interrogées par L. Hills et al, puisque 87% d'entre eux déclarent bénéficier du soutien de leur famille et que ce soutien est bénéfique dans 92.6% des cas (41).

### **b. Discussion du groupe de travail**

Il est acquis pour tous les membres du groupe de travail, que la place de la personne, est centrale tout au long du processus.

La littérature n'aborde pas les situations dans lesquelles l'évaluation des professionnels de santé n'est pas en adéquation avec le projet de la personne.



Il a paru nécessaire au groupe de travail d'aborder cette question, qui au regard des retours d'expériences, n'est pas rare. Un consensus a été obtenu rapidement, visant à la fois à respecter les choix de la personne, sans imposer aux professionnels de réaliser des actions contraires aux conclusions de leurs évaluations.

Il est parfois nécessaire à la personne de se confronter à une situation avant de pouvoir en accepter certaines limites, pourtant prévisibles par les professionnels. Il s'agit de respecter ce cheminement.

### **c. Recommandations du groupe de travail**

Il est recommandé que les modalités d'accompagnement mises en place :

- garantissent à la personne le recueil de son consentement et une place centrale au cœur de tout le processus ;
- facilitent l'expression de ses souhaits et besoins, et son implication ;
- favorisent son adhésion à toutes les étapes du projet.

Les besoins et les attentes de la personne sont le fondement du projet. Il est recommandé de se préoccuper de son entourage, qui ne pourra être impliqué qu'avec son accord.

Le rôle des professionnels impliqués dans le processus de DPI consiste à apporter tous les éléments nécessaires aux prises de décisions, qui incombent à la personne.

## **PARTICIPATION DE LA PERSONNE AUX MOMENTS CLEFS DU PROCESSUS**

### **Etape de repérage**

La personne peut elle-même envisager de bénéficier de la DPI et en faire directement la demande auprès des membres de l'équipe de DPI.

### **Etape d'information**

Au cours d'un entretien, avec a minima un des membres de l'équipe de DPI, une information claire est donnée à la personne qui peut interroger son interlocuteur sur tous les points qui lui semblent nécessiter des précisions.

### **Etape de décision d'inclusion dans le processus DPI**

Le consentement de la personne d'intégrer le processus de DPI est l'élément clef de la décision d'inclusion.

### **Etape de construction du projet**

La coconstruction du projet entre l'équipe de DPI et la personne garantit, à cette dernière, la prise en compte de ses attentes et besoins dans le choix des options et des moyens constitutifs du projet d'insertion.

La personne est positionnée comme acteur de la construction de son projet. A ce titre il est recommandé :

- qu'elle participe aux synthèses pluridisciplinaires contribuant à l'élaboration et la formalisation de son projet. La personne est destinataire des comptes-rendus écrits la concernant,
- qu'elle participe, dans la mesure du possible, aux échanges, rencontres avec les acteurs extérieurs, y compris sur le lieu de travail,
- qu'elle réalise elle-même, dans la mesure du possible, l'ensemble des démarches qui auront été déterminées avec elle (ex : transmission de documents et/ou d'informations auprès du médecin du travail); et le cas échéant, elle peut souhaiter un accompagnement dans ces démarches par un membre de l'équipe de DPI,
- que tout transfert d'information ou toute démarche effectuée en dehors de sa présence, doit être réalisé avec son accord,
- qu'elle puisse à tout moment décider d'interrompre l'accompagnement proposé,
- qu'elle soit destinataire des documents écrits adressés aux partenaires extérieurs la concernant.

Il est à noter que le projet souhaité par la personne peut parfois être en inadéquation avec sa situation, notamment au regard des données médicales. L'équipe pluridisciplinaire\* doit alors tout mettre en œuvre pour informer la personne des réserves sur la faisabilité du projet. Si la personne maintient sa volonté de mise en œuvre de son projet, il est recommandé que l'équipe pluridisciplinaire adapte son accompagnement, de façon à rester en cohérence avec les conclusions de ses évaluations. La mise en place ou le maintien d'un soutien psychologique auprès de la personne est fortement recommandé.

## **10. TRAÇABILITE**

### **a. Revue de la littérature**

#### **10.a Les informations transmises par les structures en amont**

La circulaire du 3 octobre 2008 relative à l'activité de soins de suite et de réadaptation, précise les modalités d'admission en structure SSR et mentionne que « tous les établissements autorisés en SSR doivent mettre en place un outil permettant d'évaluer l'adéquation de l'orientation du patient aux prises en charge qu'ils offrent ». « Cet outil est un document établi de façon partagée entre le médecin prescripteur et le médecin de la structure SSR. Il doit comporter :... des renseignements sur l'environnement social du patient les prises charge assurées dans l'établissement :... réinsertion sociale/professionnelle... » (62).

---

\* voir glossaire

## **10.b L'information donnée à la personne et le recueil du consentement**

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé dans son article L.111-2 reconnaît à toute personne le droit à l'information sur les différentes investigations, traitement ou actions qui lui sont proposés (62). La loi n'oblige pas la traçabilité de l'information donnée. Cependant, elle précise « qu'en cas de litige, il appartient au professionnel ou à l'établissement de santé d'apporter la preuve que l'information a été délivrée à l'intéressé.... Cette preuve peut être apportée par tout moyen ».

L'article 1112-2 du code de la santé publique précise que le dossier du patient hospitalisé doit contenir le consentement écrit du patient pour les situations où ce consentement est requis sous cette forme par voie légale ou réglementaire.

## **10 c Autres étapes de la prise en charge**

L'obligation de traçabilité des informations relatives à la prise en charge et à la construction du projet se retrouve dans de nombreux textes, et la qualité de sa gestion sur support papier ou informatique est devenue un enjeu de responsabilité.

- L'article 1112-2 du CSP demande à ce que soient tracés dans le dossier du patient les conclusions des évaluations et la prise en charge proposée,
- la loi du 4 mars 2002 précise que les échanges d'informations entre professionnels se doivent d'être tracés que ce soit sur support papier ou informatique (63),
- La norme AFNOR démarche précoce d'insertion (3), recommande l'élaboration d'un document regroupant tous les éléments et les étapes majeures de la construction du projet avec notamment la présence dans le dossier patient des comptes rendu des entretiens individuels et des synthèses d'équipes. La formalisation d'un projet concret y est aussi clairement encouragée ainsi que « le recueil de l'adhésion écrite ou morale du patient aux objectifs généraux »,
- La conférence de consensus « sortie du monde hospitalier et retour à domicile » recommande que les phases de synthèse, essentielles à la coordination des professionnels et à la prise en charge globale du patient, soient retranscrites par écrit, ainsi que la formalisation du projet individualisé (45),
- Le manuel de certification V2010 HAS précise que « les éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient sont tracés en temps utile dans le dossier du patient ».
- La circulaire du 18.06.04 propose même la mise en place d'un « carnet de suivi » qui apparaît comme un outil efficace de recueil des informations concernant l'histoire du patient et qui constitue un outil de communication entre le blessé et les professionnels (18).

Le refus ou l'arrêt de prise en charge est relayé par l'article L 1111-4 du Code de Santé Publique mais sans obligation d'en trouver trace dans le dossier du patient.

### **b. Discussion du groupe de travail**

Les discussions du groupe de travail ont été fréquentes sur le sujet, non pas sur la nécessité de cette traçabilité, mais sur les modalités de sa réalisation. En effet, pour certains membres du groupe de travail, le recueil d'une signature de la personne à toutes les étapes clés, ou la mise en place d'un contrat signé entre les professionnels et la personne semblaient être le seul garant de traçabilité. Après de nombreux échanges, le groupe de travail a validé, à la majorité, la nécessité d'une transmission de l'ensemble des informations liées à l'accompagnement de la personne au sein de son dossier médical, sans que la signature de la personne, à quelque étape que ce soit, ne soit imposée.

### **c. Recommandations du groupe de travail**

La traçabilité des actions menées tout au long de la prise en charge de la personne est garante de la transmission des informations nécessaires à l'accompagnement de la personne par les différents professionnels. Elle contribue ainsi à la continuité des soins et d'accompagnement de la personne, mais aussi au transfert des éléments à la personne elle-même.

Il est recommandé que la traçabilité soit assurée tout au long du processus de DPI, dans le dossier médical de la personne, à savoir :

- l'information donnée sur le processus de DPI,
- le consentement de la personne, noté par écrit pour intégrer le processus de DPI
- l'accord de la personne pour toute prise de contact, transmission d'informations et de demande de renseignements auprès d'acteurs extérieurs,
- la formalisation du projet à travers
  - o les résultats de toutes les évaluations réalisées,
  - o les comptes-rendus des réunions pluridisciplinaires,
  - o les conclusions des outils utilisés et moyens mobilisés pour la construction et la mise en œuvre du projet (ex : compte-rendu de visite, compte-rendu de mise en situation,...)
  - o les contacts pris avec un professionnel extérieur,
- copie des documents transmis aux acteurs extérieurs,
- le motif d'arrêt du processus de DPI.

## **Annexe 1**

### **Questionnaire « Recensement des pratiques professionnelles »**



*Démarche précoce d'insertion socioprofessionnelle en établissements de soins de suite et de réadaptation  
spécialisés relevant des champs de compétences de la médecine physique et de réadaptation  
Argumentaire*

Consultation pré admission (patient non hospitalisé)	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Commission d'admission (patient non hospitalisé)	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Visite d'entrée	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Entrée + : .... jours		
Réunion de synthèse pluridisciplinaire	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Entrée + : .... jours		

Autre (précisez) :

.....

.....

.....

.....

.....

### QUI

*Merci de classer les personnes qui assurent le repérage par ordre de fréquence (1 le plus souvent)*

#### Echelle de fréquence

Un membre de l'équipe d'insertion	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Un professionnel « référent »	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sollicitation par un opérateur extérieur	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre (précisez) :			

.....

.....

.....

.....

.....

### METHODES

Une personne de l'entourage du patient est identifiée « référente »	oui <input type="checkbox"/>
non <input type="checkbox"/>	
Un dossier structuré spécifique « Démarche précoce d'insertion	oui <input type="checkbox"/>
non <input type="checkbox"/>	
sociale et professionnelle » * »	
Une fiche alerte dans le dossier médical	oui <input type="checkbox"/>
non <input type="checkbox"/>	

Autre (précisez) :

.....

.....

.....

.....

.....

\* : sous la forme d'un dossier spécifique « insertion » ou d'un module du dossier patient

## **2.2. INFORMATION / CONSENTEMENT / TRACABILITE**

La démarche précoce d'insertion sociale et professionnelle est présentée dans le livret d'accueil  
oui  non

La démarche précoce d'insertion sociale et professionnelle est présentée au patient  
oui  non

par qui ? : .....

Les moyens mobilisables sont présentés au patient  
oui  non

Les filières d'aval et de relais sont présentées au patient  
oui  non

Un « livret parcours »\* est remis au patient  
oui  non

Une plaquette « démarche précoce d'insertion sociale et professionnelle »  
oui  non

est remise au patient

Un dossier spécifique « démarche précoce d'insertion sociale et professionnelle » est mis en place  
oui  non

Si oui, ce dossier est accessible à tous les professionnels de l'équipe d'insertion sociale et  
professionnelle oui  non

Les attentes et besoins du patient sont recueillis et tracés  
oui  non

Le consentement éclairé du patient est recueilli et tracé dans le dossier « démarche précoce  
d'insertion sociale et professionnelle »  
oui  non

*\*: « passeport » remis au patient qui permet de suivre et de tracer les étapes de son  
accompagnement*

### **2.3. BILAN DES CAPACITES / ETUDE D'OPPORTUNITE**

---

#### **QUOI**

#### **QUI\***

Etat clinique et fonctionnel oui  non

.....

Fonctions neuropsychologiques oui  non

.....

Contexte psychosocial oui  non

.....

Situation familiale oui  non

.....

Situation sociale oui  non

.....

Situation professionnelle/ formation / études oui  non

.....

Autre (précisez) :

.....

.....  
.....  
.....  
.....

La coordination des différentes informations recueillies est assurée par une équipe pluridisciplinaire    oui             non

Si oui, nature du dispositif :

.....

A l'issue de l'étude d'opportunité, la décision d'inclusion dans le dispositif est collégiale  
                                  oui             non

Si oui, nature des professionnels :

.....

.....

Le bilan des capacités est retranscrit dans le dossier « démarche précoce d'insertion sociale et professionnelle »  
  oui             non

\* : plusieurs professionnels possibles. Merci d'indiquer en premier le professionnel le plus fréquemment sollicité

## 2.4. ELABORATION DU PROJET D'INSERTION

---

### Critères pris en compte pour l'élaboration du projet :

Merci de classer les critères que vous prenez en compte par ordre de fréquence (1 le plus utilisé)

Bilan de la situation professionnelle
---------------------------------------

QUI : .....

#### Echelle de fréquence

CV	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Contexte de l'entreprise	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tâches réalisées lors du dernier emploi occupé	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ressenti du patient par rapport à son emploi	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Projets professionnels initiaux	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Relation avec l'entreprise	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Relation avec le médecin conseil	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Relation avec le service de santé au travail	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Autre (précisez) :

.....  
.....  
.....



Démarche précoce d'insertion socioprofessionnelle en établissements de soins de suite et de réadaptation  
spécialisés relevant des champs de compétences de la médecine physique et de réadaptation  
Argumentaire

**Bilan des acquis scolaires et professionnels**

QUI : .....

*Echelle de*

*fréquence*

Tests de niveaux scolaires	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CV, parcours scolaire	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grilles de compétences	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Autre (précisez) :

**Evaluation des capacités en entreprise**

QUI : .....

Outil :

**Analyse de la situation de travail**

QUI : .....

*Echelle de*

*fréquence*

Déplacement en entreprise	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Analyse ergonomique de la situation de travail	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Autre (précisez) :

**Mise en place du tissu social**

QUI : .....

*Echelle de fréquence*

Logement	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Permis de conduire (obtention ou régularisation)	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lien MDPH/services sociaux extérieurs	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accès aux droits	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accompagnement des aidants familiaux	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aides techniques	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aides humaines	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Autre (précisez) :

*Démarche précoce d'insertion socioprofessionnelle en établissements de soins de suite et de réadaptation spécialisés relevant des champs de compétences de la médecine physique et de réadaptation*  
*Argumentaire*

---

.....  
.....  
.....  
.....

**Etude de la situation juridique et administrative**

QUI : .....

*Echelle de fréquence*

Liens MDPH / services sociaux extérieurs	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accès aux droits	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Autre (précisez) :  
.....  
.....  
.....  
.....

**Entretiens de médiation**

QUI : .....

*Echelle de fréquence*

Aidants naturels	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ecoles/universités	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Organismes de formation	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Organisme de santé au travail	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Autre (précisez) :  
.....  
.....  
.....  
.....

Adhésion du patient aux objectifs généraux	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Si oui l'adhésion du patient est tracée	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Contractualisation avec le patient des mises en situation	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>

**2.5. MISE EN OEUVRE DU PROJET D'INSERTION**

---

*Merci de classer les actions que vous mettez en oeuvre par ordre de fréquence (1 la plus utilisé)*

**Mise en situation intra-muros**

*Echelle de Fréquence*

Etude gestuelle et posturale	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
------------------------------	------------------------------	------------------------------	--------------------------

*Démarche précoce d'insertion socioprofessionnelle en établissements de soins de suite et de réadaptation  
spécialisés relevant des champs de compétences de la médecine physique et de réadaptation  
Argumentaire*

Ateliers de vie quotidienne	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Appartements thérapeutiques	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre (précisez) :			
.....			
.....			
.....			
.....			

**Mise en situation extra-muros**

*Echelle de Fréquence*

Visite en entreprise	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Visite en centre d'orientation	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Visite en structure de formation	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prise en compte des problèmes de transport	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prise en compte des problèmes d'adaptation du Logement	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Visite à domicile	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre (précisez) :			
.....			
.....			
.....			
.....			

**Ré-entraînements intra-muros**

*Echelle de Fréquence*

Rééducation ciblée	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Travail des aptitudes cognitives	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sport	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entraînement en atelier	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre (précisez) :			
.....			
.....			
.....			
.....			

**Ré-entraînements extra-muros**

*Echelle de Fréquence*

Stage en entreprise	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stage en association	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reprise de la scolarité	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Démarche précoce d'insertion socioprofessionnelle en établissements de soins de suite et de réadaptation spécialisés relevant des champs de compétences de la médecine physique et de réadaptation*  
*Argumentaire*

Reprise de la formation	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre (précisez) :			
.....			
.....			
.....			
.....			

**Entretiens de médiation**

Aidants naturels	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Ecoles/universités	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Organismes de formation	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Services de santé au travail	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Autre (précisez) :		
.....		
.....		
.....		
.....		

**2.6. SUIVI APRES LA FIN DE L'HOSPITALISATION**

2.6.1 Le projet d'insertion n'a été que partiellement mis en œuvre au moment de la sortie

**Modalités de suivi :**

Poursuite de la prise en charge comme si la personne était toujours hospitalisée	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Si oui, délai maximal de poursuite de la prise en charge :		
.....		

<i>Echelle de fréquence</i>		Délai après la sortie	QUI
Consultation de contrôle <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	.....	.....
Visite in situ <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	.....	.....
Journée bilan <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	.....	.....
Entretien de suivi <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	.....	.....
Contact avec une équipe <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	.....	.....
« référente » pour passage de relais			
Questionnaire de satisfaction <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	.....	.....

*Démarche précoce d'insertion socioprofessionnelle en établissements de soins de suite et de réadaptation  
spécialisés relevant des champs de compétences de la médecine physique et de réadaptation  
Argumentaire*

---

Relance postale pour connaître le devenir de la personne.....  
 oui  non

Relance téléphonique/mail pour connaître le devenir de la personne.....  
 oui  non

Autre (précisez) :  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

2.6.2 Le projet d'insertion a complètement été mis en œuvre avant la sortie

**Modalités de suivi :**

Poursuite de la prise en charge comme si la personne était toujours hospitalisée      oui       non

Si oui, délai maximal de poursuite de la prise en charge :

.....

<i>Echelle de fréquence</i>		Délai après la sortie	QUI
Consultation de contrôle <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	.....	.....
Visite in situ <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	.....	.....
Journée bilan <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	.....	.....
Entretien de suivi <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	.....	.....
Contact avec une équipe <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	.....	.....
« référente » pour passage de relais			
Questionnaire de satisfaction <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	.....	.....
Relance postale pour connaître le devenir de la personne..... <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	.....	.....
Relance téléphonique/mail pour connaître le devenir de la personne <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	.....	.....

Autre (précisez) :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

### 2.6.3 Quelque soit l'avancement du projet au moment de la sortie

Remise d'un document avec les coordonnées des personnes ressources et des institutions de l'environnement du patient en relation avec l'insertion sociale et professionnelle      oui       non

Continuité de la prise en charge par coordination avec les structures d'aval      oui       non

Si oui, déclinez les 3 structures les plus sollicitées

.....  
.....  
.....

Des bilans de synthèse du travail réalisé, des évaluations, des mises en situation, des stages sont réalisés      oui       non

Si oui, ces bilans sont diffusés      oui       non

A qui ? :

.....

## 2.7. RELATION AVEC LES PARTENAIRES EXTERIEURS

---

L'établissement communique sur sa prestation d'insertion Sociale et professionnelle      oui       non

Si oui, déclinez les différentes formes de communication :

.....  
.....  
.....

Des réunions locales pluri-équipes sont organisées      oui       non

Des visites des structures partenaires sont organisées      oui       non

Des visites de l'établissement par les structures partenaires sont organisées      oui       non

Des réseaux de partenariat en lien avec l'insertion sociale et professionnelle sont formalisés      oui       non

## **Annexe 2**

### **Analyse du recensement des pratiques professionnelles**

Un recensement des pratiques a été réalisé auprès de 30 établissements de SSR répartis sur le territoire français. 29 de ces établissements ont une expérience de la DPI pour l'avoir développée et mise en œuvre depuis plusieurs années dans le cadre de leur adhésion à l'association COMETE FRANCE. Ils ont reçu un questionnaire (cf annexe 1) à compléter, de préférence, de façon pluridisciplinaire.

L'objectif de ce recensement était d'une part d'alimenter la réflexion par l'apport de l'expérience du terrain des professionnels d'établissements de SSR spécialisés ayant déjà développé la DPI, d'autre part, de mieux connaître le fonctionnement de ces établissements et les réseaux mis en place. Ces pratiques professionnelles, encadrées par la charte COMETE FRANCE définissant le cadre général de l'accompagnement et des actions à mettre en œuvre, sont développées en tenant compte des spécificités (pathologies prises en charge, implantation géographique, tissus partenarial...) de chaque établissement de SSR spécialisé adhérent. A ce titre, ils sont notamment amenés à mettre en œuvre des réseaux partenariaux propres qui peuvent constituer une limite à l'exploitation de ce recensement, limite prise en compte dans les réflexions du groupe de travail. Cependant, associé à l'analyse de la littérature, cette remontée riche d'informations du terrain a contribué à définir les bonnes pratiques de la DPI en France.

#### **Points fort de ce recensement des pratiques :**

##### **1) 29 établissements sur 30 ont une équipe dédiée à la DPI au sein de l'établissement de SSR spécialisé.**

Les professionnels les plus représentés dans les équipes de DPI sont :

- Médecin de MPR : 100 % (30 établissements / 30)
- Assistant de service social : 100 % (30 établissements / 30)
- ergonome : 70% (21 établissements / 30)
- ergothérapeute : 70% (21 établissements / 30)
- chargé d'insertion : 63,3% (19 établissements / 30)
- Psychologues : 46,9% dont neuropsychologue (5 établissements / 30), psychologue (4 établissements / 30), psychologue du travail (4 établissements / 30), psychosociologue (1 établissement / 30).

D'autres professionnels sont inclus dans l'équipe de DPI, de façon plus anecdotique, tels que formateur, moniteur, assistant socio-éducatif...

7 équipes / 30 mentionnent la présence d'un coordinateur. Ce recensement a permis de mettre en évidence l'ambiguïté de ce terme. En effet, il s'agit probablement d'un coordinateur au sein de l'équipe de DPI, puisque 100% des équipes mentionnent l'existence d'un dispositif de communication et de coordination des informations concernant la situation de la personne.

## **2) Le repérage**

Le moment où une problématique socioprofessionnelle potentielle peut être repérée peut varier en fonction des situations. Cependant, il est fort intéressant de constater que, même si la visite médicale d'entrée et les réunions de synthèse sont les moments les plus cités pour la réalisation de ce repérage, plus de la moitié des établissements réalise cette étape en amont de l'hospitalisation. Il s'agit alors de consultation de pré-admission (20 établissements / 30), de contacts avec les professionnels d'amont (17 établissements / 30) ou encore de commission d'admission (16 établissements / 30). Le lien avec la personne, au sein de la structure d'amont concerne cependant 8 établissements / 30.

Ce repérage est réalisé le plus fréquemment par un professionnel non identifié dans l'équipe de DPI. Ceci conforte l'idée que tous les professionnels de l'établissement de SSR spécialisé ont un rôle dans la mise en œuvre de la DPI.

## **3) L'information du patient**

La DPI est présentée dans 83% des livrets d'accueil remis au patient lors de son hospitalisation. L'information orale donnée à la personne sur la DPI est réalisée de façon très hétérogène. Il s'agit autant de professionnels de l'équipe de DPI, que de professionnels non identifiés au sein de cette équipe de DPI. Cette information consiste à présenter les moyens mobilisables dans le cadre d'un projet socioprofessionnel dans 100% des cas.

Cette information est relayée par la transmission d'un document écrit à la personne, type plaquette d'information, dans 70% des cas.

## **4) construction et mise en œuvre du projet d'insertion**

### **Les champs de l'évaluation de la situation de la personne concernent :**

- l'état clinique et fonctionnel (100%) : réalisé prioritairement par le médecin, mais également les ergothérapeutes, le kinésithérapeute et/ou l'équipe soignante ;
- les fonctions cognitives, en fonction de la pathologie (93%) : réalisé prioritairement par un neuropsychologue, mais également ergothérapeute, médecin, orthophoniste...
- le contexte psychosocial (96,7%) : réalisé principalement par l'assistant(e) de service social, le psychologue, mais également le médecin, l'ergonome, le chargé d'insertion, les soignants...
- la situation familiale (100%) : réalisée principalement par l'assistant(e) de service social, mais également le médecin, l'ergonome, l'équipe d'insertion, le psychologue
- la situation professionnelle (100%) : réalisée principalement par l'ergonome, mais également par le chargé d'insertion, l'assistant(e) de service social ou un membre de l'équipe de DPI. Plus rarement par le médecin, l'ergothérapeute ou le psychologue.



### **Le bilan de la situation professionnelle comporte**

- de façon systématique :
  - o les tâches réalisées lors du dernier emploi occupé,
  - o le ressenti du patient par rapport à son emploi,
  - o des informations sur le contexte de l'entreprise,
  - o les relations avec le médecin du travail,
  - o les relations actuelles avec l'entreprise
- de façon quasi systématique (> 80% des cas)
  - o les éléments du Curriculum Vitae
  - o les projets professionnels initiaux
  - o les relations avec le médecin conseil de l'organisme d'assurance maladie\*
- plus occasionnellement :
  - o les liens avec les organismes de formation
  - o les liens avec les structures d'accompagnement

### **Le bilan des acquis scolaires et professionnels :**

A la teneur des réponses, cet item, n'a pas été compris par tous les professionnels de la même façon. De plus l'hétérogénéité des professionnels impliqués montre qu'il n'existe probablement pas de pratiques harmonisées.

Il s'agit :

- de retracer le parcours scolaire et les éléments du Curriculum Vitae, pour 100% des équipes
- d'évaluer le niveau scolaire à partir de tests (73,3% des équipes)
- d'utiliser des grilles de compétences (50% des équipes)

Les professionnels intervenant le plus souvent dans ce domaine sont les chargés d'insertion (14/30), l'ergonome (14/30), puis les assistant(e)s de service social (5/30), et les psychologues (5/30). De façon plus anecdotique, le neuropsychologue, l'enseignant...

### **Analyse de la situation de travail\* :**

Elle est réalisée, lors de déplacements en entreprise, avec réalisation d'une analyse ergonomique de la situation de travail. L'ergonome est le professionnel sollicité (26/30), mais l'ergothérapeute ou le chargé d'insertion, participent, seuls ou avec l'ergonome, à cette étape pour 9 des 30 équipes.

### **Evaluation des capacités en entreprise\* :**

L'outil le plus souvent cité est celui des mises en situation professionnelles (14/30)

Là encore, l'ergonome est le professionnel le plus sollicité (23/30), mais les chargés d'insertion et les ergothérapeutes sont souvent associés à cette étape (9/30).

### **Accompagnement social**

Il implique majoritairement les assistant(e)s de service social, mais d'autres professionnels sont également cités tels que l'ergothérapeute, l'ergonome, le chargé d'insertion, médecin...

Il s'agit alors de faciliter l'accès aux droits (100%), mais également, par ordre décroissant en terme de fréquence, la préconisation et l'accès aux aides techniques (93,3%), logement (93,3%), permis de conduire (100%), aide humaine (93,3%), et accompagnement des aidants familiaux (96,7%).

## **5) Liens avec les professionnels de l'insertion**

Le médecin du travail est le professionnel le plus fréquemment contacté par les équipes de DPI, puis ce sont les aidants naturels, les organismes de formation et les écoles / universités. De façon moins fréquente, ont été cités les Cap emploi, les Sameth, l'Afpa, l'Agefiph, les entreprises, la MDPH...

Les professionnels impliqués dans la réalisation de ces liens, sont principalement les chargés d'insertion, les assistant(e)s de service social et les ergonomes, puis les médecins. 8 équipes expriment qu'il s'agit d'un membre de l'équipe pluridisciplinaire, désigné en fonction de l'interlocuteur à contacter.

Des relais sont également passés auprès de Cap emploi, médecin du travail, Sameth, MDPH, CRP et centre de préorientation, UEROS, CARSAT. Des dispositifs tels que Service d'accompagnement à la vie sociale, service d'accompagnement médico-sociaux pour adultes handicapés, missions locales.....

## **6) Place de la personne**

Toutes les équipes recueillent l'adhésion de la personne aux objectifs du projet.

## **7) Suivi après l'hospitalisation**

**Lorsque le projet n'a été que partiellement mis en œuvre au moment de la sortie d'hospitalisation**, 96,7% des équipes poursuivent leur accompagnement sur une durée d'un an (20 / 30). Ce suivi comporte des entretiens de suivis, des visites en entreprise, ou encore des consultations médicales de suivi et/ou journées de bilan.

**Lorsque le projet a été mis en œuvre au moment de la sortie d'hospitalisation**, 69% des équipes continuent à suivre le patient, le plus souvent sur 1 an, mais parfois jusqu'à 2 ans voire exceptionnellement 3.

Il comporte le plus souvent des entretiens de suivi, mais également des visites sur le lieu de travail ou lieu de formation / études (51,7%), des consultations de suivi, ou encore un contact avec un professionnel référent (72,4%).

Tous les professionnels (ergonome, chargé d'insertion, assistant(e) de service social, médecin, ergothérapeute...) peuvent participer à ce suivi.



### Annexe 4

#### Accompagnement socio-environnemental tout au long du processus

Objectifs	Moyens-outils	Partenaires extérieurs impliqués
Permettre l'accès aux droits	<p>Information sur</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- les droits sociaux,</li> <li>- les politiques, réglementations, outils et structures de l'emploi et de la formation, en particulier envers les personnes en situations de handicap,</li> <li>- le rôle et les obligations des parties prenantes dans un projet.</li> </ul> <p>Aide à la constitution des dossiers nécessaires à la réalisation du projet :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- dossiers de financement</li> <li>- demande de RQTH, d'orientation professionnelle...</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- MDPH,</li> <li>- assurance maladie</li> <li>- services sociaux,</li> <li>- mutuelles,</li> <li>- Autres financeurs (Agefiph, FIPHFP, OETH...)</li> <li>- Opérateurs d'insertion* professionnelle</li> <li>- OPCA</li> <li>- Entreprise*</li> <li>- Association de personnes handicapées</li> <li>- assurances</li> </ul>
Permettre la meilleure autonomie dans le lieu de vie et son environnement	<p>Visites du lieu de vie : souvent répétées et pluriprofessionnelles, pouvant intégrer des professionnels extérieurs à l'établissement de soins afin d'essayer ou de valider des solutions techniques et humaines envisagées.</p> <p>Rédaction d'un compte rendu de visite du lieu de vie</p> <p>Aide à la recherche de logement si nécessaire</p> <p>Aide à l'élaboration du PPCH</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bailleurs sociaux, ou tout organisme public ou privé habilité à intervenir dans le champ de l'habitat et du maintien à domicile</li> <li>- MDPH</li> <li>- Fournisseurs et professionnels du bâtiment</li> <li>- Prestataires d'aide à la personne</li> </ul>
Permettre la meilleure autonomie dans les déplacements	<p>Information sur les démarches médico-administratives pour obtention ou régularisation du permis de conduire</p> <p>Evaluation des capacités cognitives nécessaires à la conduite automobile / conduite FRE</p> <p>Détermination des aménagements nécessaires (poste de conduite, chargement fauteuil roulant, transfert dans le véhicule...), avec réalisation d'essais de matériel</p> <p>Mise en situation sur route avec professionnel de santé et enseignant de la conduite</p> <p>Informations relatives aux modalités alternatives si conduite non envisagée, ou non envisageable (transport adapté, transport en commun accessible...) et leur prise en charge</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- MDPH,</li> <li>- commission médicale de la préfecture,</li> <li>- auto école,</li> <li>- CCA</li> <li>- Prestataires du transport adapté ou non</li> <li>- Equipementiers</li> <li>- Revendeurs de dispositifs médicaux</li> <li>- Financeurs</li> </ul>

\* voir glossaire

## Annexe 5

### **Projet de vie avec dimension professionnelle exprimé par la personne** **Projet non défini - Souhait d'aide à l'élaboration**

Objectifs	Moyens-outils	Partenaires extérieurs impliqués
Identifier des compétences transférables	Anamnèse précise de l'histoire scolaire, de la formation et de la vie professionnelle (focus sur les motivations des choix,...)  Entretiens + tests psychotechniques	<ul style="list-style-type: none"> <li>- MDPH (centre de Pré orientation)</li> <li>- opérateurs de l'insertion professionnelle *</li> <li>- prestataires de bilan de compétences si nécessaire</li> </ul>
Explorer les différents métiers	Faciliter l'accès à l'information : documentations, sites internet... Entretiens / rencontre avec des professionnels et/ou des formateurs Mise en situation	<ul style="list-style-type: none"> <li>- MDPH (centre de Pré orientation, appui projet)</li> <li>- opérateurs de l'insertion professionnelle,</li> <li>- prestataires de bilan de compétences</li> <li>- Centre d'information et d'orientation ou Service universitaire d'information, d'orientation et d'insertion professionnelle</li> </ul>

---

\* voir glossaire

## Annexe 6

### **Projet de vie avec dimension professionnelle exprimé par la personne Projet identifié par le patient - Souhait d'accompagnement**

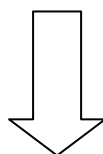
<b>Objectif 1 : Etude de faisabilité</b>		
<p>Il s'agit de vérifier la compatibilité entre le projet souhaité par la personne et :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- les compétences scolaires et/ou professionnelles,</li> <li>- la réalité de la situation de travail* / études ou formations envisagées, en terme de compétences, aptitudes, contraintes environnementales et organisationnelles,</li> <li>- le contexte familial, social, juridique et médico-administratif,</li> <li>- les capacités fonctionnelles et cognitives et leur évolution potentielle, en prenant en compte tous les moyens de compensation mobilisables.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><i>Toute mise œuvre de moyens et d'utilisation d'outils donne lieu à une trace écrite dans le dossier de la personne</i></p>		
Objectifs	Moyens-outils	Partenaires extérieurs impliqués
Identifier les contraintes liées à la situation de travail* et son environnement (moyens humain, technique, organisationnel)	En accord avec la personne, favoriser les rencontres et/ou contacts avec les partenaires extérieurs impliqués  Visite médicale de pré-reprise  Analyse ergonomique de la situation réelle de travail en entreprise <sup>25</sup>  Mise en situation : <ul style="list-style-type: none"> <li>- sur les plateaux techniques de l'établissement de SSR,</li> <li>- si possible en entreprise</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Médecins du travail</li> <li>- Entreprise*</li> <li>- Service social du travail</li> </ul>
Identifier les contraintes liées aux études-formation et métier(s) envisagé(s)	Visite du lieu de d'études ou formation  Echanges avec les formateurs  Echanges avec des professionnels du métier	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Centre d'information et d'orientation ou Service universitaire d'information, d'orientation et d'insertion professionnelle</li> <li>- Etablissement s'enseignement</li> <li>- Centre de formation de droits communs ou spécialisés</li> <li>- Référent handicap</li> <li>- Entreprises*</li> </ul>

---

\* voir glossaire

*Démarche précoce d'insertion socioprofessionnelle en établissements de soins de suite et de réadaptation spécialisés relevant des champs de compétences de la médecine physique et de réadaptation  
Argumentaire*

<p>Identifier les moyens de compensation des situations de handicap :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- humains,</li> <li>- animalières,</li> <li>- techniques,</li> <li>- organisationnels</li> <li>- déplacement</li> </ul>	<p>Analyse ergonomique des situations réelles de travail en entreprise</p> <p>Moyen de compensation humain :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- présence d'une aide humaine,</li> <li>- mesure de tutorat (contrat de rééducation employeur, mesure tutorat Agefiph / FIPHFP...)</li> </ul> <p>Moyen techniques :</p> <p>Recherche d'aides techniques ou animalières</p> <p>Mise en situation :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- au sein de l'établissement de SSR spécialisé (plateaux techniques),</li> <li>- sur le milieu de travail (stage ergothérapeutique, stage sous indemnité journalière...)</li> </ul> <p>Moyens organisationnels :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Temps partiel thérapeutique</li> <li>- aménagement du temps de travail</li> <li>- Modification des processus de travail</li> <li>- Réorganisation des tâches avec le collectif</li> <li>- Mutation dans un autre poste</li> <li>- Mutation dans un autre établissement du groupe</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Services de santé au travail*</li> <li>- Entreprise*</li> <li>- Médecin conseil de l'assurance maladie</li> <li>- Service social du travail</li> <li>- Fournisseurs d'aides techniques et de matériel</li> <li>- MDPH</li> <li>- Financeurs (Etat, Agefiph, FIPHFP...)</li> </ul>
<p>Information sur les conséquences liées à la pathologie sur l'activité professionnelle</p>	<p>En accord avec la personne, écrit(s) ou rencontre(s) avec le médecin de santé au travail</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Médecin du travail</li> </ul>



**VALIDATION DE LA FAISABILITE DES MOYENS ENVISAGES**  
Temps de synthèse : professionnels sanitaires + personne en situations de handicap + partenaires extérieurs

<b>Objectif 2 : Mise en œuvre</b>		
Objectifs	Moyens-outils	Partenaires extérieurs impliqués
<p>Formalisation du projet de la personne : définition des objectifs et planification</p>	<p>Rencontre avec les parties impliquées dans le projet pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- partage du calendrier,</li> <li>- répartition des actions à mener</li> </ul> <p>pour permettre la concrétisation du projet</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Service de santé au travail*</li> <li>- Service social du travail</li> <li>- Médecin conseil de la sécurité sociale</li> <li>- Médecins traitant, spécialiste</li> <li>- Entreprise*</li> </ul>

\* voir glossaire

*Démarche précoce d'insertion socioprofessionnelle en établissements de soins de suite et de réadaptation spécialisés relevant des champs de compétences de la médecine physique et de réadaptation*  
*Argumentaire*

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- établissement de formation, études</li> <li>- MDPH</li> <li>- OPCA....</li> </ul>
Mise en place des aides techniques, humaines, animalières	<p>Rédaction des argumentaires nécessaires aux dossiers de demande de mesures spécifiques et de financement</p> <p>Contribution par l'apport d'éléments utiles à la détermination de l'avis d'aptitude rendu par le médecin du travail</p> <p>Validation sur le lieu de travail ou formation ou études et finalisation des adaptations si nécessaire</p> <p>Rencontre, sur le lieu de travail, avec le tuteur, l'aide humaine, le collectif de travail...</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- MDPH</li> <li>- Financeurs tels que l'Agefiph, FIPHFP, OETH, fondations....</li> <li>- Service de santé au travail*</li> <li>- Entreprise*</li> <li>- Etablissement scolaire, de formation</li> <li>- Médecin conseiller technique de l'inspection académique</li> <li>- Service d'aide humaine (auxiliaire de vie scolaire, auxiliaire de vie)</li> </ul>
Mise en place de moyens organisationnels	<p>Aménagement du temps de travail (diminution du temps de travail, temps partiel thérapeutique, invalidité, contrat de rééducation...)</p> <p>Validation des horaires de travail / de formation, études</p> <p>Avec l'accord de la personne et de l'entreprise<sup>30</sup>, sensibilisation du collectif de travail sur les conséquences du handicap sur les relations, sur l'aménagement de l'environnement et sur les modifications de l'organisation du travail.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Médecin du travail</li> <li>- Médecin conseil de l'assurance maladie</li> <li>- Médecins traitant / spécialiste*</li> <li>- Entreprise*</li> </ul>



## Annexe 7

### **PERSPECTIVES**

- 1) La revue de la bibliographie réalisée sur le sujet, montre qu'il est nécessaire d'encourager la réalisation de nouvelles études sur le retour à l'emploi des personnes en situation de handicap. Il s'agira d'étudier la problématique du retour à l'emploi tant d'un point de vue quantitatif que qualitatif, en particulier auprès de personnes ayant bénéficié d'une démarche précoce d'insertion.

Dans cette perspective, un projet d'étude, centré sur les impacts de la DPI socioprofessionnelle en termes d'économie de la santé, est actuellement à l'étude. Le projet ambitionne de s'intéresser aux conséquences d'une prise en charge précoce en général et du retour à l'emploi en particulier, sur :

- La consommation de médicaments
- La consommation de prestations médicales et/ou paramédicales
- Le nombre et la durée des arrêts maladie
- Le nombre et la durée des hospitalisations
- La consommation de « biens classiques » des personnes ayant repris une activité professionnelle
- Les aides publiques perçues par les personnes ayant repris une activité professionnelle...

Les présentes recommandations constitueront un texte de référence pour fonder les réflexions qui guideront les personnes chargées de cette étude.

- 2) Ces recommandations de bonne pratique ont pour objectif de permettre aux établissements de SSR spécialisés, de réaliser des évaluations des pratiques professionnelles, afin que des mesures correctives puissent être apportées. Ceci, toujours dans l'objectif de poursuivre le travail d'amélioration de la qualité des soins et de l'accompagnement apportés aux personnes hospitalisées dans ces établissements.
- 3) Seules les pathologies prises en charge dans les établissements relevant des champs de compétence de la MPR ont été évoquées dans ces recommandations. Il serait utile de poursuivre ce travail pour les autres pathologies prises en charge en établissement de SSR spécialisés, telles que les pathologies cardio-vasculaires, les pathologies respiratoires ou les pathologies cancéreuses. En effet, ces pathologies peuvent également avoir un impact sur les capacités de travail des personnes qui en sont atteintes. Elargir le champ de ces recommandations, après une revue bibliographique sur le sujet, représenterait une perspective très intéressante.
- 4) Enfin, le lien entre structures ou professionnels d'amont a été largement abordé dans ce travail. Il nous semble qu'une réflexion est encore à mener afin d'en améliorer sa réalisation. L'apparition d'outils d'aide à la mise en place de filières de soins est probablement une piste intéressante. Mais faciliter le lien entre professionnels d'amont et

établissements de SSR spécialisés, dans le cadre d'une démarche précoce d'insertion, paraît également une piste très intéressante.

## **REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES**

- (1) Décret no 2008-377 du 17 avril 2008 relatif aux conditions d'implantation applicables à l'activité de soins de suite et de réadaptation**
- (2) Décret no 2008-376 du 17 avril 2008 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables à l'activité de soins de suite et de réadaptation**
- (3) Démarche précoce d'insertion : NF S 99-137. AFNOR , 2004.**
- (4) Services des centres de réadaptation professionnelle Partie 1: établissements de rééducation professionnelle NF X50-780-1**
- (5) Services des centres de réadaptation professionnelle Partie 2: Centre de préorientation professionnelle NF X50-780-2**
- (6) Décret n° 2009-299 du 17 mars 2009 relatif aux conditions d'organisation et de fonctionnement des unités d'évaluation, de réentraînement et d'orientation sociale et socioprofessionnelle (UEROS) pour personnes cérébro-lésées.**
- (7) Velche D. L'emploi des personnes handicapées : stratégies suivies dans les pays de l'union européenne. Reliance, 19, 2006, 89-92.**
- (8) Cohu S, Lequet-Slama D, Velche D. La prise en charge des personnes handicapées en Allemagne, Espagne, Pays-bas et Suède. Une étude de cas type. Etudes et résultats, 506, juillet 2006, 1-14.**
- (9) Cohu S, Lequet-Slama D, Velche D. Les politiques en faveur des personnes handicapées dans cinq pays européens. Revue Française des affaires sociales, n°2, 2005, pp11-33.**
- (10) Cohu S, Lequet-Slama D, Velche D. La suède et la pris en charge sociale du handicap, ambitions et limites. Revue Française des affaires sociales, n°4, 2005, pp. 461-482.**
- (11) Cohu S, Lequet-Slama D, Velche D. Les politiques en faveur des personnes handicapées en Espagne, aux Pays-bas, au royaume uni et en Suède. Etudes et résultats, 305, avril 2004, 1-11.**
- (12) Velche D. Les politiques d'emploi des personnes handicapées en Europe : Analyse comparative de politiques nationales. Economie du handicap, Paris, PUF, 2006, pp 125-149.**
- (13) Rapport OCDE : Forum à Haut Niveau, Stockholm, 14-15 mai 2009 Maladie, invalidité et travail : GARDER LE CAP DANS UN CONTEXTE DE RALENTISSEMENT DE L'ACTIVITÉ ÉCONOMIQUE. Organisation de coopération et de développement économiques Direction de l'Emploi, du Travail et des Affaires sociales.**
- (14) Convention relative aux droits des personnes handicapées, ONU, article 27, Décembre 2006. [www.un.org/french/disabilities](http://www.un.org/french/disabilities)**

- (15) Villers P, Castelein P, Bauwin Ch, Bouffioulx E, Cornillie F. Evaluation Systémique des Aptitudes Professionnelles - E S A P © Pour un projet de réinsertion professionnelle individualisé. Symposium Romand d'ergothérapie– octobre 2003.**
- (16) Loi 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.**
- (17) Circulaire DH/EO 4 n° 97-841 du 31 décembre 1997 relative aux orientations en matière d'organisation des soins de suite ou de réadaptation**
- (18) Circulaire DHOS/SDO/DGS/SD5D/DGAS/PHAN/3B/280 du 18 juin 2004 relative à la filière de prise en charge medico-sociale et sociale des traumatismes crânio-cérébraux et des traumatisés médullaires.**
- (19) Loi no 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires**
- (20) Chamberlain MA. Work, disability and rehabilitation: making the best job of it. Clin Med 2007;7:603–6.**
- (21) Vliet Vlieland T, de Buck P, van den Hout WB. Vocational rehabilitation programs for individuals with chronic arthritis. Current Opinion in Rheumatology 2009,21:183–188.**
- (22) Sweetland J, Riazi A, Cano SJ, Playford ED. Vocational rehabilitation services for people with multiple sclerosis: what patients want from clinicians and employers. Multiple Sclerosis 2007; 13: 000–000.**
- (23) Multiple Sclerosis: management of multiple sclerosis in primary and secondary care. NHS; 2003.**
- (24) Brain And Spinal Injury Centre. Working towards employment. NHS National Service Framework. For people with long-term neurological conditions and vocation rehabilitation. Avril 2009.**
- (25) Evidence-based best practice guideline. Traumatic brain injury: Diagnosis, Acute management and rehabilitation. 2006.**
- (26) Desouza M, Sycamore M, Little S, Kirker SGB. The Papworth Early Rehabilitation Programme: Vocational outcomes. Disability and Rehabilitation, April 2007; 29(8): 671 – 677.**
- (27) Suoyrjö H, Oksanen T, Hinkka K, Kivimäki M, Klaukka T, Pentti J, Vahtera J. The effectiveness of vocationally oriented multidisciplinary intervention on sickness absence and early retirement among employees at risk: an observational study. Occup Environ Med 2009;66:235–242.**

- (28) Loones A, Simon MO. Etude sur la réinsertion sociale et professionnelle des personnes sortant d'établissement ou service sanitaire de médecine physique et de réadaptation. CREDOC ; 2007.
- (29) Westman A, Linton SJ, Theorell T, Öhrvik J, Wahlén P, Leppert J. Quality of life and maintenance of improvements after early multimodal rehabilitation: A 5-year follow-up. *Disability and Rehabilitation*, April 2006; 28(7): 437 – 446.
- (30) Malec J, Moessner AM. Replicated positive results for the VCC model of vocational intervention after ABI within the social model of disability. *Brain Injury*, March 2006; 20(3): 227–236.
- (31) Sarajuuri JM, Kaipio ML, Koskinen SK, Niemelä MR, Servo A, Juhani S. Outcome of a comprehensive neurorehabilitation program for patients with traumatic brain injury. *Arch Phys Med Rehabil* Vol 86, December 2005; 86: 2296-2302.
- (32) Sörbo A, Rydenhag B, Sunnerhagen KS, Blomqvist M, Svensson S, Emanuelson I. Outcome after severe brain damage, what makes the difference? *Brain Injury*, July 2005; 19(7): 493–503.
- (33) Murphy L, Chamberlain E, Weir J, Berry A, Nathaniel-James D, Agnew R. Effectiveness of vocational rehabilitation following acquired brain injury: Preliminary evaluation of a UK specialist rehabilitation programme. *Brain Injury*, October 2006; 20(11): 1119–1129.
- (34) Loones A, Simon MO. Etude sur le devenir professionnel des personnes suivies par les équipes Comète France ayant une démarche précoce d'insertion intégrée dans les établissements de rééducation et réadaptation ou services sanitaires de médecine physique et de réadaptation. CREDOC, 2004.
- (35) Schultz IZ, Crook J, Berkowitz J, Milner R, Meloche GR, Lewis ML. A prospective Study of effectiveness of early intervention with High-risk back injured workers – A pilot Study. *J Occup Rehabil* 2008; 18:140-151.
- (36) Franche RL, Cullen K, Clarke J et al. Workplace-based return to work interventions: a systematic review of the quantitative and qualitative literature. *Institute for work and health*; 2004.
- (37) Anderson D, Dumont S, Azzariaa L, Le Bourdais M, Noreau L. Determinants of return to work among spinal cord injury patients: A literature review. *Journal of Vocational Rehabilitation* 27 (2007) 57–68.
- (38) Backman C. Employment and work disability in rheumatoid arthritis. *Curr Opin Rheumatol* 16:148–152.
- (39) Kuoppala J, Lamminpää A. Rehabilitation and work disability: a systematic review. *J Rehabil Med* 2008; 40: 796–804.

- (40) Khan F, L Ng, Turner-Strokes L. Effectiveness of vocational rehabilitation intervention on the return to work and employment of persons with multiple sclerosis. The Cochrane collaboration; 2009.
- (41) Hills I, Cullen E. A study into the employment trends of individuals treated at a spinal cord injury centre. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*, 2007; 8 (14): 350-355.
- (42) Medin J, Barajas J, Ekberg K. Stroke patients' experiences of return to work. *Disability and Rehabilitation*. September 2006; 28(17): 1051 – 1060
- (43) Kroll T. Rehabilitative needs of individuals with spinal cord injury resulting from gun violence: The perspective of nursing and rehabilitation professionals. *Applied Nursing Research* 21 (2008) 45–49.
- (44) Ville I. Biographical work and returning to employment following a spinal cord injury. *Sociology of Health & Illness* 2005, 27(3):324-350.
- (45) Sortie du monde hospitalier et retour à domicile d'une personne adulte handicapée sur les plans moteur et/ou neuropsychologique – Conférence de consensus de la SOFMER-ANAES ; 2004.
- (46) Chamberlain MA, Veronika Fialka Moser V, Kristina Schüldt Ekholm K, O'Connor RO, Herceg M, Ekholm J. Vocational rehabilitation: an educational review. *J Rehabil Med* 2009; 41: 856–869.
- (47) Vandiver VL, Johnson J, Christofero-Snider C. Supporting employment for adults with acquired brain injury A conceptual model. *J Head Trauma Rehabil*, 2003, 18(5):457–463.
- (48) Redessi A. Le service de soutien à l'insertion professionnelle : une démarche précoce d'insertion professionnelle en centre de médecine physique et de réadaptation. *Ergothérapies* 2006; 23: 27-38.
- (49) Esselman P, Wiechman Askay S, Carrougher GJ, Lezotte DC et al. Barriers to Return to Work After Burn Injuries. *Arch Phys Med Rehabil*, December 2007; 88(2):850-856.
- (50) Vocational Assessment and Rehabilitation for People with Long-Term Neurological Conditions : Recommandations for Best Practice. *British Society of Rehabilitation Medicine*, 2010.
- (51) Anema JR, Cuelenaere B, van der Beek AJ, Knol DL et al. 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. *Occup Environ Med* 2004 61: 289-294.
- (52) Ammendolia C, Cassidy D, Steensta I, Soklaridis S, Boyle E, Eng S, Hamer Howard H, Bhupinder B, Côté P. Designing a workplace return-to-work program for occupational

- low back pain: an intervention mapping approach. BMC Musculoskeletal Disorders 2009, 10:65.**
- (53) **Franché RL, Baril R, Shaw W, Nicholas M, Loisel P. Workplace-Based return to work interventions: optimizing the role of stakeholders in implementation and research. J Occup Rehabil. 2005; 15(4):525-542.**
- (54) **Targett P, Wehmana P, O. McKinley W, Young C. Functional vocational assessment for individuals with spinal cord injury. Journal of Vocational Rehabilitation 22 (2005) 149–161.**
- (55) **Targett P, Wehmana P, McKinley W, Young C. Successful work supports for persons with SCI: Focus on job retention. Journal of Vocational Rehabilitation 21 (2004) 19–26.**
- (56) **New PW, Poulos CJ. Functional improvement of the Australian health care system — can rehabilitation assist? MJA 2008; 189: 340–343.**
- (57) **Schoenher MC, Groothoff JW, Mulder GA, Schoppen T, Eisma WH. Vocational reintegration following spinal cord injury: expectations, participation and interventions. Spinal Cord (2004) 42, 177–184.**
- (58) **Ouellette V, Badiib M, Lockhart K, Yassic A. Worker satisfaction with a workplace injury prevention and return-to-work program in a large Canadian hospital: The importance of an integrated approach. Work 28 (2007) 175–181.**
- (59) **Kolakowsky-Hayner S, Kreutzer J. Return to work after brain injury: A self-directed approach. NeuroRehabilitation 16 (2001) 41–47.**
- (60) **Arrêté du 6 février 2008 relatif aux références et nomenclatures applicables au guide d'évaluation des besoins de compensation des personnes handicapées prévu à l'article R. 146-28 du code de l'action sociale et des familles.**
- (61) **Turner-Stokes L, Nair A, Sedki I, Disler PB, Wade DT. Multi-disciplinary rehabilitation for acquired brain injury in adults of working age (Review). The Cochrane Collaboration, 2009.**
- (62) **Circulaire N°DHOS/O1/2008/305 du 03 octobre 2008 relative aux décrets n° 2008-377 du 17 avril 2008 réglementant l'activité de soins de suite et de réadaptation.**
- (63) **Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.**

## **Participants**

### **Sociétés, associations professionnelles et organismes sollicités (\*)**

Au-delà des trois promoteurs que sont :

- l'association Comète France,
- la SFMT (Société Française de Médecine du Travail),
- et la SOFMER (Société Française de Médecine Physique et de Réadaptation),

les sociétés, associations professionnelles et organismes suivants ont été sollicités pour l'élaboration de ces recommandations de bonne pratique :

AGEFIPH (Association de Gestion du Fonds pour l'Insertion Professionnelle des Personnes Handicapées)

AMIEM (Association Médicale Inter-entreprise du Morbihan)

ANAS (Association Nationale des Assistants de Service Social)

ANFE (Association Nationale Française des Ergothérapeutes)

APF (Association des Paralysés de France)

ADIEPH (Association pour le Développement de l'Insertion et de l'Emploi des Personnes Handicapées)

CNSA (Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie)

DGOS (Direction Générale de l'Offre de Soins)

FAGERH (Fédération des Associations, Groupements et Etablissements de Réadaptation pour Personnes en situation de Handicap)

Fédération Nationale de la Mutualité Française

FIPHFP (Fond pour l'Insertion des Personnes Handicapées dans la Fonction Publique)

FNATH (Fédération Nationale des Accidentés du Travail et des Handicapés (association des accidents de la vie)

Fondation caisse d'Epargne pour la solidarité

FRANCE AVC

L'ADAPT (Association pour l'insertion sociale et professionnelle des personnes handicapées)

MGEN (Mutuelle Générale de l'Education Nationale)

OETH (Obligation d'Emploi des Travailleurs Handicapés)

Groupe UGECAM (Union de Gestion des Etablissements des Caisses d'Assurance Maladie)

(\*) Un représentant de cet organisme a participé à au moins l'un des groupes suivants : comité d'organisation, groupe de travail, groupe de lecture.

### **Comité d'organisation**

Dr BUSNEL Michel, médecin de médecine physique et réadaptation ; Président du comité d'organisation #

M ANDRE Jean-Marc, directeur d'établissement, L'ADAPT, Valence #

Mme CRON Annie, directrice générale, Comète France #



Dr DOUTRELLOT-PHILIPPON Catherine, médecin du travail, SFMT, Amiens  
Dr ENJALBERT Michel, médecin de médecine physique et réadaptation, SOFMER, Cerbère #  
Dr HENNION Thierry, médecin du travail, SFMT, Lille  
Dr LEMOINE Francis, médecin de médecine physique et réadaptation, SOFMER, Vallauris #  
Mme PICARD-RIBAULT Anna, chargée de mission, Comète France #  
Mme ROSSIGNOL Catherine, directrice adjointe qualité/Gestion des risques, UGECAM,  
Bruges #

### **Groupe de travail**

Dr D'APOLITO Anne-Claire, médecin du travail et titulaire du diplôme interuniversitaire de  
médecine de rééducation, Garches ; présidente du groupe de travail #  
Mme ROSSIGNOL Catherine, directrice adjointe qualité/Gestion des risques, UGECAM,  
Bruges #

M. ARNOULIN Patrick, ergothérapeute, Cerbère #  
Mme CHATAIGNIER Michèle, représentant associatif, FNATH  
Dr COIC Bernard, médecin de médecine physique et réadaptation, Paris  
M. GRALL Loïc, directeur d'établissement de médecine physique et de réadaptation, Dijon #  
Dr HAMMEAU Jean-Michel, médecin du travail, AMIEM  
M. LIBGOT Samuel, ergonomiste, Bruges #  
Dr LOCRET-BRIOLAT Marie-Christine, Responsable de l'activité médicale du groupe  
UGECAM  
Mme PICARD-RIBAULT Anna, chargée de mission, Comète France #  
Mme PICHON Myriam, assistante de service social, Pen Bron#  
Dr ROPPENNECK Pascale, médecin de médecine physique et réadaptation, Bois Guillaume #  
Mme RUNSER Cécile, psychologue du travail, Charleville Mézières #  
Mme SADOT Marie Responsable de l'activité médicale du groupe UGECAM  
Andrée, assistante de service social, ANAS, Paris  
Mme STEPHAN Pascale, Responsable service insertion, Kerpape#  
Mme WHITE-MASSARD Chantal, cadre de santé ergothérapeute, ANFE, Parigné l'Evêque

### **Groupe de lecture**

M AIT SI ALI Mokrane, délégué départemental APF 92  
Mme BEYDON-CRABETTE Sophie, responsable mission emploi, FNATH  
M BOYER Gérard, Président de la FAGERH  
Mme BUSTEEL Véronique, conseillère nationale emploi formation, APF  
Dr CARE Mireille, médecin généraliste  
Mme CHOPIN Isabelle, responsable de service insertion en centre de médecine physique et de  
réadaptation  
M DE BROCA Arnaud, secrétaire général, FNATH  
Pr DELARQUE Alain, médecin de médecine physique et de réadaptation  
Pr FRIMAT Paul, médecin du travail  
M GRALL Jérôme, ergonomiste  
Pr JOSEPH Pierre-Alain, médecin de médecine physique et de réadaptation  
Dr KLOTZ Rémi, médecin de médecine physique et de réadaptation #  
M LAMIAUX Jean-Michel, chargé de mission scolarisation et insertion professionnelle, CNSA  
Dr LARCHE-MOCHEL Monique, médecin inspecteur du travail, SFMT  
M LEGENDRE Olivier, directeur, OETH

Dr LE GUIET Jean-Luc, médecin de médecine physique et de réadaptation #  
Mme LETHEUX Corinne, médecin conseil, SFMT  
Mme LYASID Maryvonne, directrice adjointe du directeur général de la Fondation des Caisses  
d'Épargne pour la solidarité  
M MARTIN Jean-Louis, directeur d'établissement, Hyères #  
Mme MERIAN Isabelle, directrice, FAGERH  
M MOR Alain, directeur d'établissement, l'ADAPT  
M NICOLLE Philippe, directeur adjoint, FIPHFP  
Mme NUNEZ Barbara, ergothérapeute  
Mme OSSELIN Dominique, adjoint bureau R4, DGOS-SDR  
Mme PAPARELLE Valérie, directrice d'établissement, L'ADAPT  
M PAULIAC Aurèle, ergothérapeute, ANFE  
M PELE Guillaume, cadre de santé ergothérapeute  
Mme PELTIER Sophie, chargée de mission technique, Fédération Nationale de la Mutualité  
Française  
Dr PINELLI Jeannine, médecin de médecine physique et de réadaptation #  
M POIRIER Pierre-Yves, ergonomiste #  
M RAUX Christian, directeur d'établissement, L'ADAPT  
Mme RIZZO Brigitte, assistante de service social, ANAS  
Pr ROQUELAURE Yves, médecin du travail  
Mme SADOUL Marie-Christophe, vice-présidente de l'association France-AVC  
Dr SERRANO Philippe, médecin de médecine physique et de réadaptation #  
Mme TERRAZA Brigitte, directrice d'établissement, UGECAM, Bruges #  
Dr TORTIGET Delphine, médecin généraliste  
Mme TOURLIERE Anne, directrice des interventions, AGEFIPH  
Dr VAEZ OLIVIERA Jean-Louis, directeur national des UGECAM  
Dr VANDEVOIR Daniel, médecin du travail  
M. VILLENEUVE Eric, directeur ADIEPH Cap emploi  
Dr WOIMANT France, Présidente du conseil scientifique de la fédération France AVC

# : membres du réseau COMETE FRANCE

N.B. : les fonctions des différents participants sont celles occupées en début de rédaction des recommandations