



La démarche précoce d'insertion socioprofessionnelle auprès des patients déficients sensoriels



Travaux soutenus par

La Fondation du Groupe Matmut

NOTE AUX LECTEURS

Ce document est également disponible dans les formats suivants:

- Support générique
 - en gros caractères
 - en braille

- Support audio

- Support Informatique / Electronique

Si vous souhaitez obtenir l'un de ces formats, merci de contacter, l'association Comète France qui assure le pilotage du projet :

02.97.350.828 / direction@cometefrance.com

SOMMAIRE

Glossaire	page 7
1. Introduction	page 8
2. Présentation et cadrage du thème	page 13
2.1. Titre	page 15
2.2. Eléments de contexte	page 15
2.3. Objectifs	page 16
2.4. Périmètre	page 16
2.5. Professionnels concernés par les travaux	page 17
2.6. Méthodologie d'élaboration des travaux	page 17
2.7. Intérêts et enjeux	page 18
2.8. Co-promoteurs des travaux	page 19
3. Etat des lieux des ressources actuelles	page 21
3.1. La Démarche Précoce d'Insertion socioprofessionnelle (DPI)	page 23
3.1.1. Qu'est-ce que la DPI ?	
3.1.2. Les principes fondateurs de la DPI	
3.1.3. Les textes fondateurs de la DPI	
3.2. Le réseau Comète France	page 24
3.2.1. Une quarantaine d'établissements de soins	
3.2.2. Profil des patients accompagnés	
3.2.3. L'action de Comète France : quels résultats ?	
3.2.4. Les chiffres 2015 du réseau Comète France	
3.3. La déficience sensorielle en France	page 28
3.3.1. La déficience visuelle	
3.3.2. La déficience visuelle et ses répercussions sur l'emploi	
3.3.3. La déficience auditive	
3.3.4. La déficience auditive et ses répercussions sur l'emploi	
3.4. L'offre sanitaire française en déficience sensorielle	page 32
3.4.1. Une offre sanitaire au développement récent	
3.4.2. Une offre sanitaire orientée vers la basse vision	
3.4.3. Un développement programmé de l'offre de soins	
3.5. L'accompagnement sanitaire actuel des patients déficients sensoriels	page 35
4. Comment agir pour l'insertion professionnelle des patients déficients sensoriels ?	page 37
4.1. Définition du processus à mettre en place	page 39
4.2. La place de la personne au sein du processus	page 39
4.3. Le repérage	page 40
4.3.1. Définition	
4.3.2. Quand et comment repérer ?	
4.3.3. Qui assure le repérage ?	
4.4. L'accueil	page 40
4.4.1. Définition	
4.4.2. Quels sont les critères d'entrée dans la phase d'Accueil ?	
4.4.3. A qui l'information est-elle donnée ?	
4.4.4. A quel moment l'information est-elle délivrée ?	
4.4.5. Comment la personne reçoit-elle l'information ?	

4.4.6. Quels sont les critères de sortie de la phase d'Accueil ?	
4.5. L'évaluation de la demande	page 41
4.5.1. Définition	
4.5.2. Quels sont les critères d'entrée dans la phase d'Evaluation de la demande ?	
4.5.3. Comment garantir l'adhésion de la personne au dispositif ?	
4.5.4. Quels sont les éléments à recueillir pour évaluer la demande de la personne ?	
4.5.5. Auprès de quel(s) acteur(s) recueillir ces éléments ?	
4.5.6. Exploitation des résultats de l'évaluation	
4.5.7. Quels sont les critères de sortie de la phase d'Evaluation de la demande ?	
4.6. L'élaboration du projet professionnel	page 44
4.6.1. Définition	
4.6.2. Quels sont les critères d'entrée dans la phase d'Elaboration du projet professionnel ?	
4.6.3. Quels sont les processus et les outils mobilisables pour la construction du projet professionnel ?	
4.6.4. Comment s'assurer de la cohérence du projet élaboré ?	
4.6.5. Quels sont les critères de sortie de la phase d'Elaboration du projet professionnel ?	
4.7. La mise en œuvre du plan d'actions	page 47
4.7.1. Définition	
4.7.2. Quels sont les critères d'entrée dans la phase de Mise en œuvre du plan d'actions ?	
4.7.3. Quels sont les processus et les outils mobilisables pour la mise en œuvre du plan d'actions ?	
4.7.4. Quels sont les critères de sortie de la phase de Mise en œuvre du plan d'actions	
4.8. Le suivi de la personne après la mise en œuvre du projet	page 48
4.8.1. Définition	
4.8.2. Quelles sont les personnes suivies ?	
4.8.3. Quand et comment le suivi est-il organisé ?	
4.9. La traçabilité dans le dossier patient de la personne	page 49
4.10. L'articulation avec les dispositifs d'insertion extérieurs à l'établissement	page 49
4.11. Les moyens humains et matériels à mobiliser pour mettre en œuvre la DPI	page 51
4.12. Schéma général du processus	page 54

Bibliographie

Page 55

Ce glossaire vise à préciser le sens des mots ou expressions employés dans l'ensemble du présent document afin de garantir une compréhension optimum des préconisations.

Accompagnement DPI

L'accompagnement DPI est centré sur la personne. Il débute avec l'évaluation situationnelle de la personne et comprend l'élaboration du projet professionnel, l'étude de faisabilité, la mise en œuvre du plan d'actions et le suivi du devenir professionnel de la personne.

Dispositif DPI

Le dispositif DPI n'est pas uniquement centré sur la personne. En plus des étapes de l'accompagnement DPI, il englobe les notions organisationnelles du processus (constitution de l'équipe, implantation en milieu de soins spécialisés, etc.) et son fonctionnement (à la fois à l'intérieur et à l'extérieur de l'établissement sanitaire).

Equipe de DPI

Regroupe les professionnels de l'établissement de SSR, qui mettent en œuvre la Démarche Précoce d'Insertion, c'est-à-dire qui accompagnent les patients sur les questions d'accès et de retour à l'emploi, d'entrée en formation ou de reprise d'études. Cette équipe est composée, a minima, des compétences suivantes : médecin spécialisé ORL et/ou Ophtalmologue, assistant(e) de service social, ergonomiste, ergothérapeute, secrétaire. Si l'accompagnement le nécessite et en fonction des pathologies, d'autres compétences peuvent venir renforcer celles de l'équipe.

Entreprise

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. Par extension, ce terme désigne également la fonction publique (hospitalière, territoriale et d'Etat) ainsi que les travailleurs indépendants.

Equipe pluridisciplinaire

Le terme équipe pluridisciplinaire comprend l'ensemble des professionnels de l'établissement de SSR, 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.

Médecin référent

Il s'agit du médecin Ophtalmologiste ou ORL, qui exerce au sein de l'établissement de SSR et qui coordonne le parcours de soins (rééducation et réadaptation) d'une personne déficiente sensorielle.

Organismes d'assurance maladie

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 CNAMTS, la MSA, le RSI. Ces organismes disposent notamment de services sociaux intégrés.

Parcours de soins

Itinéraire médical des personnes : hospitalisation, consultations, actes techniques ou biologiques, traitements médicamenteux et non médicamenteux.

Patients déficients sensoriels

Les personnes qui, en raison d'une déficience auditive ou visuelle, sont hospitalisées au sein d'un établissement de soins de suite et de réadaptation, relevant des champs de compétences de la basse vision et/ou des troubles de l'audition.

Principaux opérateurs d'insertion et de maintien dans l'emploi

Tous les organismes impliqués dans l'insertion professionnelle : le service public de l'emploi (dont le Pôle emploi, le réseau Cap Emploi), les centres de rééducation professionnelle (CRP) et les centres de préorientation, 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 et organismes impliqués dans l'insertion professionnelle, etc. (liste non exhaustive).

Services de santé au travail

Les missions des services de santé au travail sont assurées par des équipes pluridisciplinaires : médecins du travail, infirmiers, interventions en prévention des risques professionnels (IPRP dont les ergonomes, ingénieurs de sécurité, psychologues du travail), assistants de service social et assistants des services de santé au travail. Ce sont les médecins du travail qui animent et coordonnent ces équipes.

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, etc.),
- 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), les rythmes de travail.

PARTIE 1

INTRODUCTION

En France, les personnes concernées par le handicap, en âge de travailler et vivant à domicile, sont estimées à 9,9 millions. 2,5 millions d'entre elles déclarent avoir une reconnaissance administrative de leur handicap leur permettant de bénéficier de l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés¹. Ces populations, du seul fait de leur état de santé, présentent un risque fortement accru de ruptures professionnelles. « *Par rapport aux personnes en bonne santé, le risque de devenir inactif est 4 à 5 fois plus élevé pour les personnes souffrant d'une affection de longue durée* »². « *25% des ayants droit à l'Obligation d'Emploi de Travailleurs Handicapés déclarent avoir connu un événement de santé qui les a contraints à quitter le marché du travail, temporairement ou définitivement. 35 % estiment que leur problème de santé a eu un impact sur leur vie professionnelle* ».³

Chaque année, plus de 160.000 avis d'inaptitude sont délivrés par les médecins du travail. Les études régionales visant à avoir une connaissance plus précise du devenir des salariés ayant été déclarés inaptes par le médecin du travail donnent des résultats convergents. Ainsi, une étude conduite en Bretagne, en 2010, montre que 95% des salariés déclarés inaptes ont été licenciés. Parmi les 5% restants, la moitié a conclu une rupture conventionnelle. Une autre étude menée en Lorraine, en 2007, a constaté que seuls 20% des salariés déclarés inaptes avaient retrouvé un emploi un an après la déclaration d'inaptitude⁴. Des processus de mise en invalidité que l'OCDE qualifie de discriminant : « *[...] ils sont basés sur des critères médicaux et non sur la capacité, même partielle, de travail ; ils sont excluant alors qu'il conviendrait de permettre aux personnes ayant des capacités partielles, de travailler à temps partiel* »⁵.

Dans un modèle de société qui continue de systématiser le lien entre la restriction médicale et l'aptitude professionnelle, le droit au travail revendiqué par les personnes fragilisées dans leur santé, interroge les représentations collectives du handicap.

Pendant longtemps, en France, le handicap a été abordé comme la seule résultante d'une incapacité à réaliser une ou plusieurs tâches. Cette approche, centrée sur la déficience, a été supplantée par une acception plus large, instillée par la Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de Santé (CIF) de l'organisation mondiale de la santé (OMS) (2001) et la loi du 11 février 2005 pour « *L'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées* ». La notion de « handicap situationnel », qui naît de l'absence, partielle ou totale, d'adéquation entre la déficience et l'environnement de la personne y est affirmée : la seule restriction médicale ne permet plus de définir le handicap⁶.

Cette nouvelle représentation sociale du handicap, a fondé la nécessité d'une prise en charge globale de la personne et consacré l'intérêt de dépasser la performance technique devant aboutir à une récupération fonctionnelle. Les missions des établissements de soins ont d'ailleurs été réaffirmées dans ce sens. L'article L6112-1 du code de la santé publique dispose : « *Les établissements de santé peuvent être appelés à assurer [...] la lutte contre l'exclusion sociale [...]* ». 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 professionnelle⁷.

Les textes prescrivent. Mais en pratique ? Alors que le patient est techniquement de mieux en mieux accompagné dans son projet de soins, qu'en est-il de la personne dans son projet de vie ?

Force est de constater que les initiatives d'accompagnement et de préparation de la sortie du monde hospitalier sont, d'une part, isolées et recouvrent, d'autre part, des réalités qualitatives très diverses.

L'association COMÈTE FRANCE⁸, créée en 1991, est la seule structure nationale qui met en œuvre un processus normé d'accompagnement vers l'emploi des personnes handicapées, dès leur hospitalisation⁹. Cette action précoce, nommée

¹ Enquête « Handicap et Santé auprès des ménages », INSEE, 2008. Personnes en âge de travailler correspond aux 15-64 ans. La « population handicapée » comprend les personnes qui « déclarent avoir une reconnaissance administrative du handicap ou d'une perte d'autonomie ou déclarent une ou plusieurs maladie(s) chronique(s) ou problème(s) de santé durable(s).

² « Une mauvaise santé augmente fortement les risques de perte d'emploi ». F. Jusot et al. Santé et protection sociale – édition 2006.

³ « Les parcours professionnels des personnes ayant une reconnaissance administrative de leur handicap ». DARES. Juin 2011.

⁴ « Aptitude et médecine du travail », Michel ISSINDOU, Christian PLOTTO, Sophie FANTONI-QUINTON, mai 2015.

⁵ « Maladie, invalidité et travail : garder le cap dans un contexte de ralentissement de l'activité économique », OCDE, 2009.

⁶ Article 2 de la LOI n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. « Constitue un handicap [...] toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant ».

⁷ Article 2 - Décret n° 2008-377 du 17 avril 2008 relatif aux conditions d'implantation applicables à l'activité de soins de suite et de réadaptation.

⁸ Présentation de l'association Comète France – Annexe 5.

Démarche Précoce d'Insertion (DPI), permet de gagner un temps considérable en conjuguant étroitement, dès les premières étapes du parcours de soins, insertion socioprofessionnelle et rééducation fonctionnelle. Une étude menée en 2004 par le CRÉDOC a démontré l'efficacité de l'accompagnement proposé puisque, sur une cohorte de 200 personnes interrogées, « 74 % des patients ayant été suivis par une équipe Comète ont retravaillé contre 38 % des patients n'ayant pas eu ce suivi »¹⁰.

Mais les actions de l'association COMÈTE FRANCE sont actuellement limitées aux pathologies relevant des champs de compétence de la Médecine Physique et de Réadaptation (atteintes cérébrales, médullaires, traumatologie...). Pourtant, les besoins d'accompagnement socioprofessionnel des patients relevant d'autres spécialités sont tout aussi importants : l'attente des usagers du système de soins et de leur entourage est forte et, depuis peu, les professionnels médicaux et paramédicaux affirment également cette nécessité d'accompagnement.

La MUTUALITÉ FRANÇAISE ANJOU-MAYENNE (MFAM), très investie dans le champ du handicap sensoriel, a fait de l'accompagnement socioprofessionnel des patients du CENTRE RÉGIONAL BASSE VISION ET TROUBLES DE L'AUDITION¹¹ (CRBVTA) d'Angers, une priorité. Une analyse des profils des patients hospitalisés au CRBVTA (hospitalisation de jour) laisse apparaître que 6 patients sur 10 ont entre 20 et 60 ans et pourraient donc se retrouver fortement fragilisés dans leur situation de travail du fait de leur déficience.

Pour permettre aux patients atteints d'un handicap sensoriel d'être accompagnés dans leurs itinéraires professionnels dès l'hospitalisation, il convient de mutualiser l'expertise capitalisée par deux acteurs : celle de l'association COMÈTE FRANCE sur la Démarche Précoce d'Insertion et celle du CRBVTA sur la déficience sensorielle. Objectif : co-construire un référentiel permettant de déployer la Démarche Précoce d'Insertion auprès des patients atteints d'un trouble de l'audition et/ou de la vision.

En France, 7 millions de personnes présentent une atteinte visuelle ou auditive, pouvant varier d'une atteinte « légère » à une atteinte profonde, voire totale. Pour 2 millions d'entre elles, qui sont âgées de 20 à 59 ans, la déficience induit un risque de rupture professionnelle, illustré par des difficultés d'accès et/ou de maintien dans l'emploi.

Ces travaux ambitionnent d'apporter une réponse aux patients atteints d'un handicap sensoriel en formalisant une méthodologie d'accompagnement précoce, globale et individualisée, permettant de garantir que les mêmes chances d'accès ou de maintien dans l'emploi soient proposées à tous, indépendamment de la nature du handicap.

⁹ Recommandation pour la pratique clinique « La 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 ». Haute Autorité de Santé, juillet 2011.

¹⁰ « Le devenir professionnel des personnes suivies par les équipes comète ayant une démarche précoce d'insertion intégrées dans les établissements ou services sanitaires de Médecine Physique Réadaptation CRÉDOC, 2004.

¹¹ Présentation du Centre Régional Basse Vision et troubles de l'Audition (CRBVTA) d'Angers – Annexe 4

PARTIE 2

PRÉSENTATION ET CADRAGE DU THÈME

2.1. TITRE

La Démarche Précoce d'Insertion socioprofessionnelle auprès des patients déficients sensoriels.

2.2. ÉLÉMENTS DE CONTEXTE

Les textes réglementaires confirment les établissements dits de soins de suite et de réadaptation, dans leur mission d'accompagnement à la réinsertion sociale, scolaire ou professionnelle. Des dispositions législatives qui font écho aux préoccupations des personnes hospitalisées qui, du fait de leur déficience, peuvent être confrontées à un risque de rupture sociale. Ce risque d'exclusion peut prendre plusieurs formes : brutal dans le cas d'un accident de santé, il peut aussi se manifester sur un temps plus long, en s'insinuant progressivement dans des habitudes de vie.

L'insertion professionnelle est perçue comme un paramètre essentiel de participation sociale et, à ce titre, elle constitue une des problématiques majeures des personnes fragilisées dans leur santé. L'éloignement, temporaire ou définitif du marché du travail, la perte de repères professionnels ou encore les difficultés d'accès à l'emploi, ne représentent pas seulement des cassures dans des itinéraires professionnels. Elles peuvent aussi conduire à un véritable isolement, notamment nourri par le sentiment d'une inutilité sociale.

L'association quasi systématique des restrictions médicales et des capacités professionnelles peut entraîner des situations de « rupture évitable », particulièrement injustes : la personne est éloignée de l'emploi faute de solutions efficaces, activées au bon moment par les bonnes personnes.

Un modèle d'accompagnement précoce des patients hospitalisés sur les questions d'insertion professionnelle a été initié depuis plus de 20 ans grâce aux efforts conjugués de deux associations, L'ADAPT et COMÈTE FRANCE. Illustré dans une norme AFNOR¹², publiée en 2004, ce processus nommé « Démarche Précoce d'Insertion » (DPI), qui a également été labellisé par la Haute Autorité de Santé (HAS) en 2011¹³, permet de déployer un accompagnement des patients sur les questions d'emploi, dès la phase d'hospitalisation. Les résultats obtenus sont d'ailleurs significatifs puisqu'une étude publiée en 2004 par le CREDOC, conclut que « plus de 7 patients sur 10 ayant été suivis par une équipe Comète ont retravaillé contre moins de 4 patients sur 10 n'ayant pas eu ce suivi »¹⁴.

En 2016, l'association COMÈTE FRANCE représente 47 établissements de soins (12 régions métropolitaines couvertes selon le nouveau découpage territorial) et plus de 8.700 patients accompagnés. Une expertise qui s'étend uniquement aux patients atteints de pathologies relevant de la Médecine Physique et de Réadaptation, principalement représentées par les atteintes cérébrales, médullaires, les pathologies rachidiennes, la polytraumatologie, la rhumatologie et les brûlés. Un périmètre d'intervention qui mériterait d'être élargi pour que les mêmes chances d'inclusion par l'emploi soient proposées à tous, indépendamment de la pathologie.

2 millions de personnes atteintes d'une déficience sensorielle en France sont en âge de travailler. A ce jour, malgré la structuration d'une offre sanitaire en basse vision et troubles de l'audition sur le territoire national, il n'existe aucun référentiel sur l'accompagnement socioprofessionnel des patients déficients sensoriels. De fait, il n'existe pas de pratiques professionnelles uniformes, ayant fait montre de leur efficacité pour répondre à ces besoins spécifiques.

La mutualisation des expertises capitalisées, d'une part, par COMÈTE FRANCE sur l'insertion socioprofessionnelle et, d'autre part, par le CRBVTA sur la déficience sensorielle, permettrait d'organiser un accompagnement des itinéraires professionnels des patients atteints de troubles de l'audition et/ou de la vision.

Objectif: co-construire un référentiel permettant de déployer la DPI auprès des patients atteints de troubles de l'audition et/ou de la vision et hospitalisés au sein d'un établissement de SSR en déficience sensorielle.

¹² Norme AFNOR n° NF S99-137 – Novembre 2004

¹³ Recommandation pour la pratique clinique « 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 ».

¹⁴ « Le devenir professionnel des personnes suivies par les équipes comète ayant une démarche précoce d'insertion intégrées dans les établissements ou services sanitaires de Médecine Physique Réadaptation » CREDOC, 2004

Un déploiement national pourra ensuite être engagé auprès des autres structures SSR en déficience sensorielle à travers la mission d'ingénierie de développement confiée à la MFAM par la FNMF, par conventionnement¹⁵.

2.3. OBJECTIFS

2.3.1. Objectif général

- Améliorer l'accompagnement vers l'emploi des patients déficients sensoriels, en élaborant un référentiel écrit permettant de décrire la méthodologie la plus adaptée à la mise en œuvre de la DPI auprès des patients déficients sensoriels

2.3.2. Objectifs opérationnels

- Définir les critères de repérage des patients potentiellement concernés
- Définir les modalités d'accompagnement à mettre en œuvre
- Décrire les moyens (humains, financiers...) nécessaires au fonctionnement de l'action
- Définir la place des acteurs dans le processus d'accompagnement

2.4. PÉRIMÈTRE

L'élaboration d'un référentiel écrit permettant d'adapter la DPI socioprofessionnelle auprès des patients déficients sensoriels, présuppose de pouvoir traiter :

- Les modalités d'accompagnement des patients :
 - Repérage
 - Accueil
 - Evaluation
 - Mise en œuvre
 - Suivi du devenir
- L'information à délivrer aux acteurs (usagers, aidants, professionnels de santé...)
- La traçabilité de l'information dans le Dossier Médical Personnel (DMP)
- La définition de la place des différents acteurs (usagers, aidants, professionnels de santé, organismes œuvrant dans le domaine de l'insertion des personnes handicapées...)
- La description des moyens nécessaires à la mise en place du processus

Sont incluses dans le périmètre des travaux :

- Les personnes en âge de travailler (de 18 ans à l'âge légal de départ à la retraite), atteintes d'une déficience sensorielle et hospitalisées dans un établissement de soins de suite et de réadaptation relevant des champs de compétences de la basse vision et/ou des troubles de l'audition

Sont exclues du périmètre des travaux :

- Les personnes n'étant pas atteintes d'une déficience sensorielle
- Les personnes qui ne sont pas en âge de travailler.
- Les personnes qui ne sont pas hospitalisées dans un établissement de SSR relevant des champs de compétences de la basse vision ou des troubles de l'audition

¹⁵ La convention signée entre la MFAM et la FNMF a été renouvelée le 4 septembre 2016.

2.5. PROFESSIONNELS CONCERNÉS PAR LES TRAVAUX

2.5.1. Les professionnels de l'établissement de SSR

exerçant dans un établissement de SSR polyvalent* dont les champs de compétences concernent la prise en charge de la déficience sensorielle (basse vision et/ou basse audition) : médecin, ergothérapeute, ergonomiste, orthoptiste, audioprothésiste, rééducateur en locomotion / vie quotidienne, assistant de service social, psychologue, orthophoniste, opticien, etc. et impliqués dans la prise en charge de la personne inscrite dans le processus de DPI.

* *Les décrets du 17 avril 2008, relatifs aux conditions d'implantation des établissements de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR), n'identifient pas la réadaptation sensorielle (Basse vision et Troubles de l'audition) comme une spécialité de SSR.*

2.5.2. Les professionnels n'exerçant pas leur activité dans un établissement de SSR

mais participant au processus de démarche précoce d'insertion socioprofessionnelle (services de santé au travail, organismes d'assurance maladie, médecins généralistes ou spécialistes, services sociaux, Agefiph, FIPHP, OETH, MDPH/MDA, réseau Cap Emploi, etc.).

2.6. MÉTHODOLOGIE D'ÉLABORATION DES TRAVAUX

2.6.1 Création d'un Comité de Pilotage

Un Comité de pilotage national est créé (ANNEXE 1). Regroupant 17 membres, il se compose, à part égale, de représentants de la Mutualité Française Anjou-Mayenne et du Centre Régional Basse Vision, Troubles de l'Audition (8 personnes) et de représentants de l'association COMÈTE FRANCE (8 personnes). Un représentant de la Fondation Paul Bennetot complète la composition du Comité de pilotage.

Le contenu des travaux est évoqué lors de réunions regroupant l'ensemble des 18 membres du Comité de pilotage. Ces temps d'échanges sont préparés, en amont, par l'envoi d'un ordre du jour accompagné des documents nécessaires aux réflexions du groupe. Les réunions sont à la fois consacrées à la validation des écrits produits à l'issue des rencontres précédentes et à la poursuite des réflexions sur les questions préalablement délimitées.

En cas de désaccord entre les participants sur la formulation et/ou le contenu d'une disposition, le consensus est systématiquement recherché de manière à ce que les travaux reflètent, au plus juste, l'avis du Comité de pilotage et pas seulement un avis isolé.

La direction générale de l'association COMÈTE FRANCE assure la coordination et l'animation du projet. A ce titre, elle est l'interface entre la Fondation Paul Bennetot et le Comité de pilotage national. Elle se charge, notamment, de l'envoi des ordres du jour, de l'animation des réunions, de la réalisation des comptes-rendus, de la rédaction des travaux sur la base des échanges réalisés au sein du Comité de pilotage national et aussi de suivre le bon déroulement de l'expérimentation.

2.6.2 Des travaux construits autour de deux étapes

Le projet « La Démarche précoce d'Insertion socioprofessionnelle auprès des patients déficients sensoriels » s'est articulé autour de deux étapes complémentaires.

→ La première étape qui s'est déroulée sur une année, du 24 septembre 2013 au 24 septembre 2014, a permis d'élaborer le présent référentiel. Le Comité de Pilotage s'est ainsi réuni à sept reprises. Afin d'avoir une meilleure compréhension des pratiques de chacun (l'association Comète France d'une part, et le CRBVTA d'autre part), le Comité de Pilotage dont les réunions se tenaient à Paris, s'est délocalisé à deux reprises. Une réunion s'est tenue à Angers (49), ce qui a permis au Comité de Pilotage de visiter le Centre Régional Basse Vision et Troubles de l'Audition et une autre a été organisée au sein d'un établissement de soins de suite et de réadaptation adhérent à Comète France (CMPR de L'ADAPT Châtillon – 92).

Lors de cette première étape, un groupe de lecture a été constitué (ANNEXE 2) par le Comité de pilotage national afin d'assurer une lecture croisée du texte produit avant sa diffusion. Il a été consulté par courrier électronique et a donné son avis sur le fond et la forme du référentiel, et notamment sur la cohérence des dispositions et

l'applicabilité des préconisations. Les commentaires du groupe de lecture ont été analysés par le Comité de Pilotage qui a modifié quand cela le justifiait le texte et rédigé la version finale du référentiel.

- Dans la continuité de la première étape, les partenaires ont souhaité mener une expérimentation du référentiel auprès des patients hospitalisés au CRBVTA d'Angers. L'objectif de cette seconde étape a été de tester la pertinence des préconisations du référentiel en situation réelle auprès de personnes déficientes sensorielles. Cette seconde étape s'est échelonnée sur une période 16 mois, dont 12 mois consacrée à l'expérimentation en tant que telle.

Calendrier des travaux : ANNEXE 3

2.7. INTÉRÊTS ET ENJEUX

L'intérêt des travaux est de pouvoir modéliser un processus d'accompagnement socioprofessionnel, au profit des patients déficients sensoriels afin que le parcours de soins ne soit plus cet espace-temps, plus ou moins long, déconnecté du projet de vie. Au contraire, il devient l'opportunité de construire un nouveau projet, intégrant une dimension professionnelle, et permettant ainsi d'augmenter les chances d'inclusion sociétale des patients. Tous les acteurs ont à y gagner :

- la personne (re)devient acteur de sa vie et retrouve, par son insertion professionnelle, une véritable inclusion sociétale que la déficience remet parfois en cause ;
- l'entourage perçoit non plus les seules restrictions de la personne mais aussi ses potentialités ;
- les professionnels de l'établissement de soins peuvent mettre en œuvre un réel projet de vie, et ainsi répondre aux impératifs de préparation et d'accompagnement à la sortie du monde hospitalier ;
- les entreprises (du secteur privé et du secteur public) peuvent se retrouver démunies dans l'accompagnement de salariés en risque d'inaptitude au poste pour raison de santé : le fait de pouvoir compter sur des professionnels capables de les informer et les accompagner dans leurs démarches est très mobilisateur ;
- les services de santé au travail sont parfois confrontés à des situations de santé complexes pour lesquelles il est utile de pouvoir compter sur la complémentarité d'une équipe qui connaît spécifiquement la déficience sensorielle et ses moyens de compensation ;
- les organismes d'assurance maladie et complémentaires santé mesurent l'intérêt d'encourager ce dispositif, notamment au regard des coûts induits par la désinsertion professionnelle, la mise en inaptitude au poste et les arrêts maladie de longue durée et/ou à répétition.

2.8. CO-PROMOTEURS DES TRAVAUX

2.8.1. Le Centre Régional Basse Vision Troubles de l’Audition

est un établissement de soins de suite et de réadaptation polyvalent, installé à Angers. Par une offre d’hospitalisation de jour, il organise la prise en charge sanitaire de patients déficients sensoriels. Il regroupe deux unités, le Centre Régional Basse Vision (CRBV), créé en 2003 (10 places de jour) et le Centre d’Évaluation et Réadaptation des Troubles de l’Audition (CERTA), créé en 2009 (5 places de jour). (Présentation : ANNEXE 4)

www.mfam.deficience-sensorielle.org/CRBV.html www.mfam.deficience-sensorielle.org/CERTA.html

2.8.2. COMÈTE FRANCE

est une association qui fédère, en 2016, 47 établissements de soins et suite et de réadaptation spécialisés (c.-à-d. bénéficiant des autorisations pour la prise en charge des affections de l’appareil locomoteur et du système nerveux) dans lesquels elle organise des stratégies d’accompagnement vers l’emploi des patients (concept de Démarche Précoce d’Insertion). Plus de 8.700 patients ont été accompagnés en 2015, par les équipes Comète France. (Présentation (ANNEXE 5)

www.cometefrance.com

2.8.3. La Mutualité Française Anjou Mayenne

est un organisme mutualiste à but non lucratif, qui gère des services et des établissements sanitaires, sociaux ou médico-sociaux. Implantés dans le Maine-et-Loire et la Mayenne, ces services de soins et d’accompagnement constituent un vaste réseau de santé. Particulièrement investie dans le champ de la déficience sensorielle, la Mutualité Française Anjou-Mayenne s’est vue confier par la Mutualité Française, une mission d’ingénierie pour développer ces établissements de soins sur le territoire national.-+ (Présentation ANNEXE 6)

www.mfam.fr

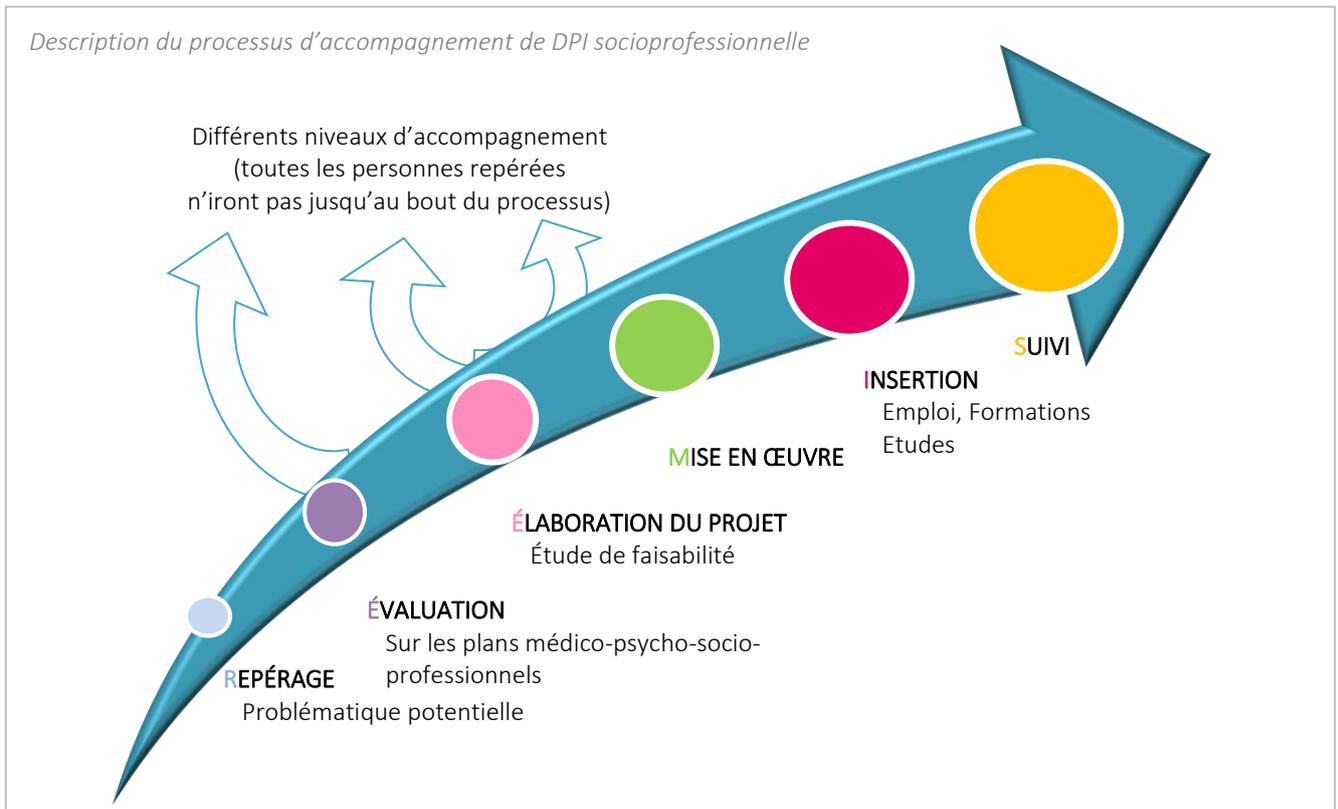
PARTIE 3

ÉTAT DES LIEUX DES RESSOURCES ACTUELLES

3.1. LA DÉMARCHE PRÉCOCE D'INSERTION SOCIOPROFESSIONNELLE

3.1.1. Qu'est-ce que la DPI ?

La DPI est un processus d'accompagnement, initié dès l'hospitalisation en établissements de soins, qui permet d'augmenter les chances d'inclusion sociale des personnes dont l'état de santé est susceptible de remettre en cause l'employabilité. Le caractère précoce de la démarche permet de prendre en compte dès les premières étapes du parcours, la dimension socioprofessionnelle, tout en assurant les soins, la réadaptation et la réinsertion.



3.1.2. Les principes fondateurs de la DPI

La DPI n'est pas une simple prise en compte des éventuelles problématiques d'insertion socioprofessionnelle des patients : elle constitue une véritable réponse pour intégrer, dans les meilleures conditions, les conséquences de l'état de santé sur la vie de la personne (participation sociale, insertion professionnelle, permis de conduire...).

L'accompagnement repose sur 4 grands principes :

- Précocité. L'insertion professionnelle est abordée le plus tôt possible, pendant l'hospitalisation.
- Globalité. L'ensemble des dimensions du projet de vie de la personne sont prise en compte (projection, motivation, environnement professionnel, social, financier, logement, transport).
- Interdisciplinarité. Le projet d'insertion se construit grâce aux compétences d'une équipe pluridisciplinaire (médecins, ergonomes, ergothérapeute, psychologue du travail, neuropsychologue, assistants de services social, secrétaire...), implantée dans le centre de SSR.
- Personnalisation. Chaque personne est unique et nécessite une réponse individuelle et adaptée à sa situation.

La personne est au centre de la démarche : rien n'est engagé sans son consentement et l'accompagnement procède d'une co-construction permanente.

3.1.3. Les textes fondateurs de la DPI

Norme AFNOR sur la Démarche Précoce d'Insertion (ANNEXE 7). Pour la première fois, un document à portée nationale conceptualise et décrit le processus d'accompagnement. Ce travail, auquel ont notamment participé L'ADAPT et COMÈTE FRANCE, a été publié en 2004.

La Haute Autorité de Santé a labellisé en juillet 2011, une recommandation de bonne pratique co-promue par la Société savante des médecins de médecine physique et de réadaptation (SOFMER), la Société française de médecine du travail (SFMT) et COMÈTE FRANCE, sur le thème « Démarche précoce d'insertion socioprofessionnelle en établissements de

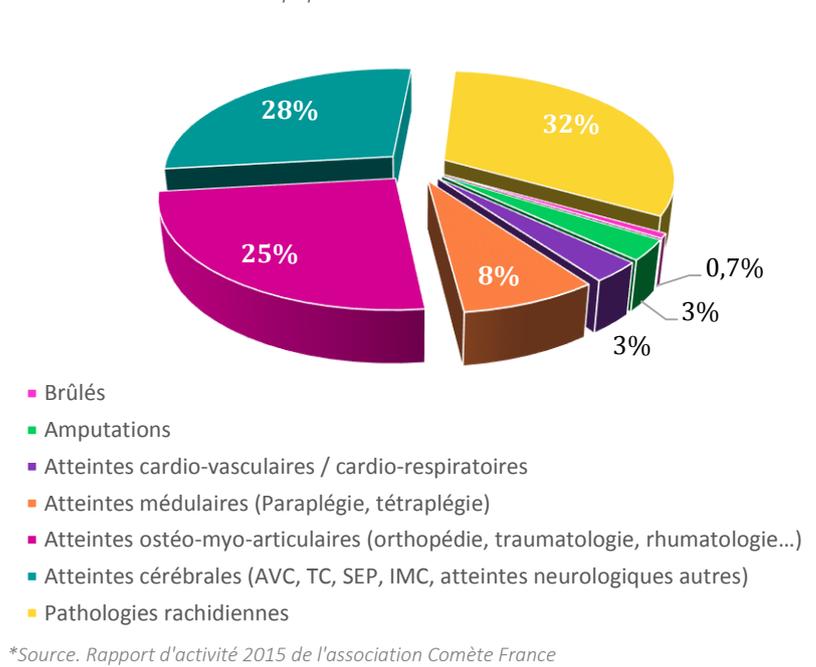
3.2. LE RÉSEAU COMÈTE FRANCE

3.2.1. Une quarantaine d'établissements de soins

La démarche Précoce d'Insertion est aujourd'hui circonscrite, en France, à un périmètre spécifique d'une quarantaine d'établissements qui se sont engagés, aux côtés de l'association COMÈTE FRANCE¹⁶, à conjuguer étroitement rééducation fonctionnelle et réadaptation sociale et professionnelle. Ces établissements de soins de suite et de réadaptation spécialisés sont autorisés, a minima, dans le traitement des affections de l'appareil locomoteur et du système nerveux. Ils présentent une activité sanitaire minimale de 100 patients pris en charge chaque jour en soins (hospitalisation complète et/ou partielle).

Dans chacun de ces établissements¹⁷, grâce à un accord-cadre national unissant COMÈTE FRANCE, la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS), l'Association pour la Gestion du fonds d'Insertion des personnes handicapées (Agefiph) et le Fonds pour l'insertion des personnes handicapées de la fonction publique (FIPHFP), une équipe spécifiquement dédiée à l'action de DPI est implantée. En 2015, plus de 8.700 patients présentant un état de santé susceptible de remettre en cause leur insertion professionnelle, ont été accompagnés par les équipes COMÈTE FRANCE. Ces personnes souffrent de déficiences motrices et psychomotrices lourdes qui rendent le maintien en emploi, l'entrée en formation et/ou la reprise d'études particulièrement complexes.

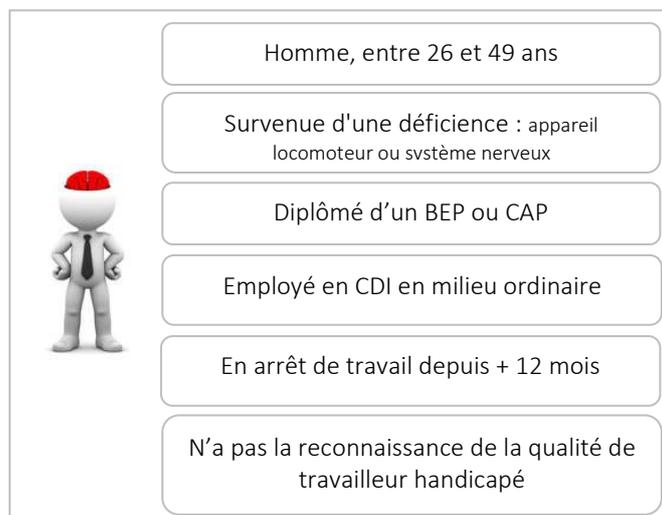
Nature de la déficience des patients accompagnés par les équipes COMÈTE FRANCE*



3.2.2. Profil des patients accompagnés

Le profil type d'un patient accompagné par les équipes COMÈTE FRANCE est un homme, âgé entre 26 et 49 ans, qui est titulaire d'un BEP ou d'un CAP et employé, en Contrat à durée déterminée (CDD), en milieu ordinaire de travail. Il est hospitalisé à temps complet en raison de la survenue d'une déficience de l'appareil locomoteur ou du système nerveux (et non pour l'aggravation d'une déficience ancienne), liée à une maladie non professionnelle. Lorsqu'il intègre le dispositif COMÈTE FRANCE, son activité professionnelle est interrompue depuis au moins 12 mois.

Il perçoit des indemnités journalières « maladies ». Il n'est pas bénéficiaire de la loi du 11 février 2005 pour l'« égalité des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées ».



¹⁶ L'association COMÈTE FRANCE a été créée il y a 20 ans.

¹⁷ Liste consultable sur le site internet www.cometefrance.com

3.2.3. L'action de Comète France : quels résultats ?

Deux audits portant sur 600 patients. La Démarche Précoce d'Insertion socioprofessionnelle a été auditée à deux reprises, par un organisme indépendant : le Centre de Recherche pour l'Étude et de Développement des Conditions de vie (CRÉDOC). Les deux études ont consisté en une comparaison de cohortes (les patients ayant été suivis par une équipe COMÈTE FRANCE versus ceux qui n'ont pas bénéficié d'un tel accompagnement). Au total, **600 patients ont intégré ces deux études** qui consacrent l'intérêt de mettre en œuvre, dès l'hospitalisation, des stratégies d'accompagnement vers l'emploi des personnes handicapées.

La première étude (ANNEXE 9), menée en 2004, a porté sur une cohorte de 200 patients hospitalisés dans 9 établissements de soins de suite et de réadaptation français. L'enquête conclut notamment que :

- Après la sortie du centre, 74 % des patients ayant été suivis par une équipe COMÈTE ont retravaillé contre 38 % des patients n'ayant pas eu ce suivi.
- 92 % des patients suivis par une équipe COMÈTE sont dans une logique d'emploi : 53 % travaillent, 19 % sont en arrêt de travail, 18 % sont à la recherche d'un emploi et 2% sont en formation. Seuls 61 % des « non comète » sont dans ce cas : 27% travaillent, 22 % sont en arrêt de travail, 11 % sont à la recherche d'un emploi et 1 % sont en formation
- Les « non comète » sont plus souvent inactifs (36% contre 6 %).
- 80 % des patients suivis par une équipe comète ont fait une demande de reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé, pour seulement 57 % des patients qui n'ont pas eu ce suivi.

La seconde enquête (ANNEXE 10) a été menée en 2007 auprès de 400 patients ayant été hospitalisés dans 14 établissements ou services sanitaires de Médecine Physique Réadaptation (MPR) (dont 7 disposant d'une équipe COMÈTE FRANCE). Les principales conclusions de l'enquête :

- L'accident a des conséquences psycho-sociales et organisationnelles importantes (apprendre à vivre avec un handicap, réorganiser la vie à la maison, la vie sociale...). Les difficultés perçues sont nettement moindres pour les personnes qui travaillent au moment de l'enquête : les personnes retravaillant semblent mieux vivre après l'accident. La place donnée par le travail interfère sur le psychisme de la personne et modifie la vision qu'elle a de son rôle dans la société et de son projet de vie.
- Le retour à l'emploi des médullaires et des cérébro-lésés est deux fois plus fréquent lorsqu'ils ont été suivis par une équipe du réseau COMÈTE FRANCE.
- Les personnes suivies par les équipes du réseau COMÈTE FRANCE consomment moins de prestations médicales et paramédicales.

Le livre blanc sur l'indemnisation du dommage corporel (2008), de l'Association française des Assurances (AFA), encourage le développement de « *la démarche précoce d'insertion menée par les établissements membres du réseau COMÈTE FRANCE. [...] elle favorise une dynamique dans la construction du projet professionnel de la victime, et a, en outre, fait ses preuves. [...] C'est pourquoi il convient d'inscrire rapidement la personne handicapée dans une démarche active et d'anticiper sa réinsertion socio professionnelle* »¹⁸

L'Observatoire National sur la Formation, la Recherche et l'Innovation sur le Handicap (ONFRIH), dans son rapport triennal publié en avril 2011, cite l'Association COMÈTE FRANCE comme « un exemple de bonnes pratiques » pour son action en faveur de l'insertion des personnes handicapées en milieu ordinaire de travail.¹⁹

2.2.4. Les chiffres 2015 du réseau COMÈTE FRANCE

L'accompagnement proposé par COMÈTE FRANCE englobe l'ensemble des problématiques relatives à l'insertion sociale et professionnelle, en milieu ordinaire de travail : bilans médicaux, bilans des acquis scolaires et professionnels, bilans neuropsychologiques à visée professionnelle, élaboration du projet d'insertion, montage de dossiers administratifs et financiers, aménagement de la situation de travail/d'études/de formation, adaptation de logement, permis de conduire adapté, etc.

¹⁸ Document consultable sur le site internet de l'AFA : www.ffsa.fr/sites/jcms/c_24031/fr/l-indemnisation-du-dommage-corporel-en-france?cc=fn_7345

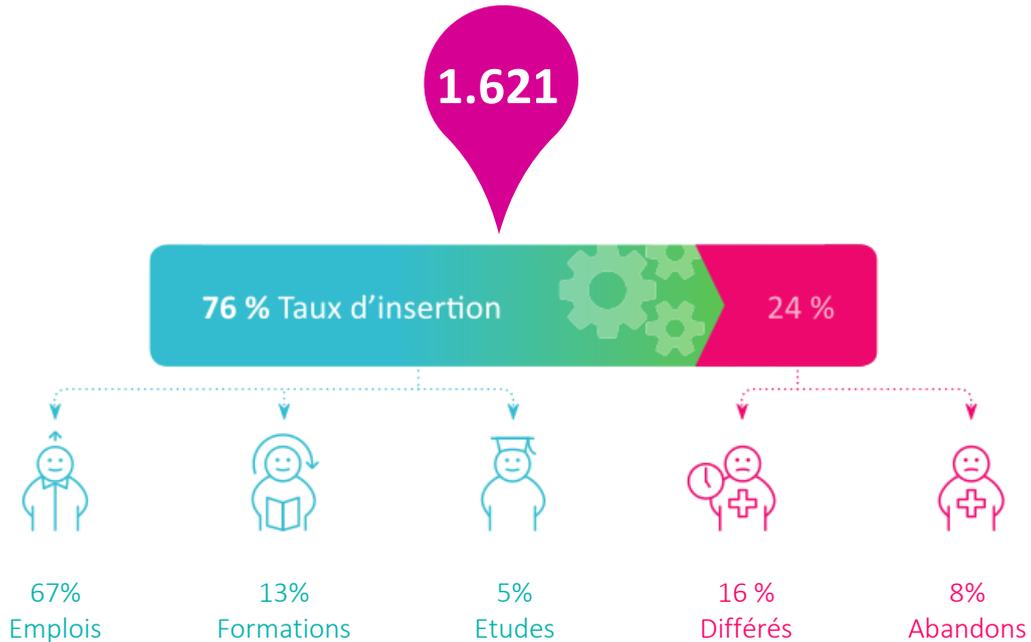
¹⁹ Document consultable sur le site internet de la Documentation française : www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/114000304/0000.pdf

Le processus mis en œuvre dans la quarantaine d'établissements de soins adhérents à COMÈTE distingue quatre étapes :

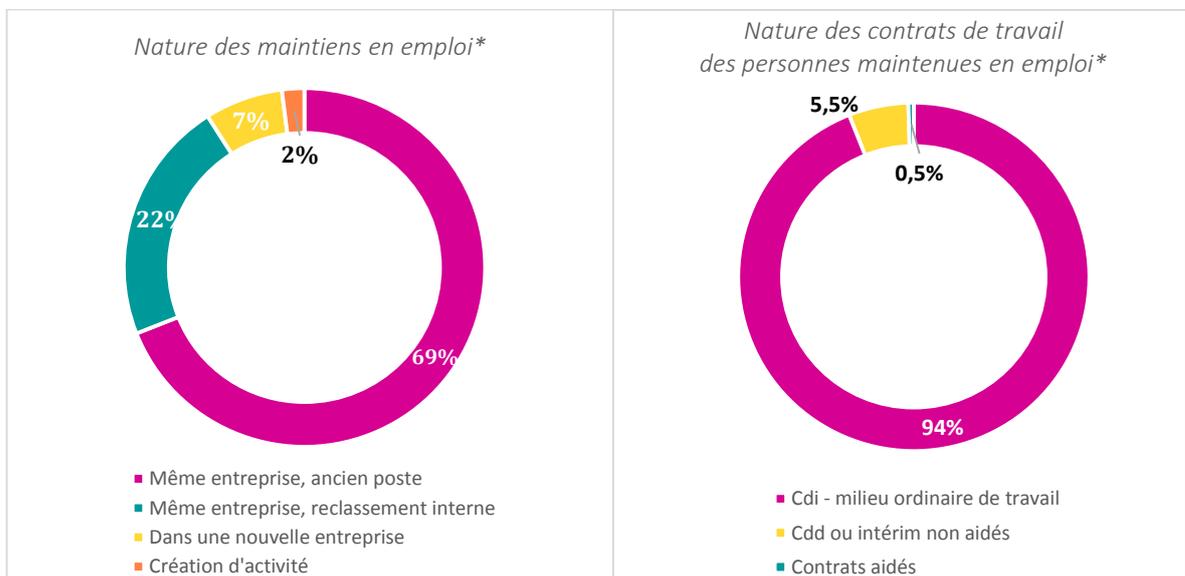
- PHASE 1 : Accueil du patient et évaluation de la demande
- PHASE 2 : Elaboration et évaluation du projet d'insertion
- PHASE 3 : Mise en œuvre du projet d'insertion
- ETAPE 4 : Suivi du devenir professionnel des personnes 1 an et 2 ans après leur insertion.

En fonction de l'état de santé du patient, de sa volonté et sa capacité à se projeter dans un avenir professionnel, de son autonomie et de la faisabilité de son projet, il est à noter que toutes les personnes accueillies et/ou pour lesquelles un projet a été élaboré et évalué, ne concrétiseront pas la mise en œuvre de leur projet d'insertion. En 2015, les équipes COMÈTE FRANCE ont accompagné 1.621 personnes dans la mise en œuvre de leur projet avec des résultats tout à fait probants : 76 % des projets d'insertion mis en œuvre ont abouti à un maintien en emploi, une entrée en formation ou une reprise d'étude.

*Devenir des personnes suivies par COMÈTE FRANCE pour lesquelles un projet a été mis en œuvre**



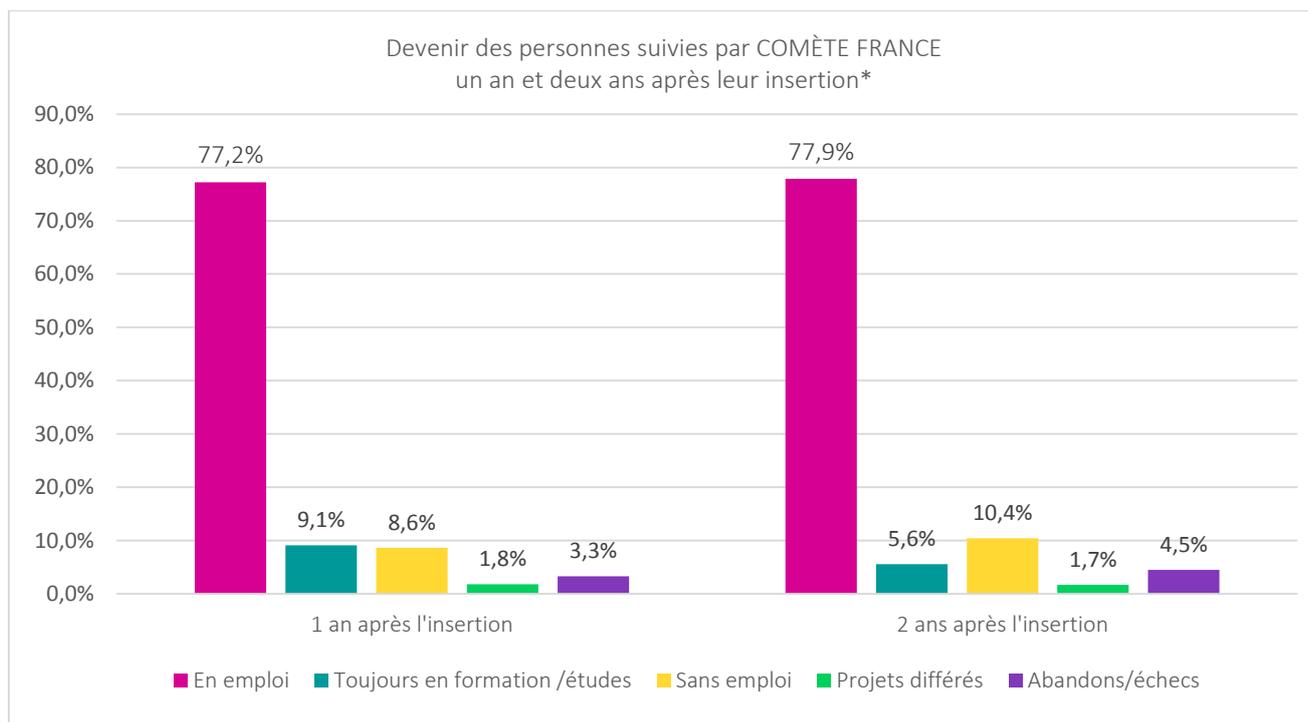
91 % des maintiens en emploi sont réalisés dans l'entreprise dans laquelle travaillait la personne avant son problème de santé (maladie ou accident, survenue ou aggravation).
 94 % des maintiens en emploi se font dans le cadre de Contrats à durée indéterminée.



*Source. Rapport d'activité 2015 de l'association Comète France

Un an après leur insertion, 77 % des personnes ayant pu être contactées, sont toujours en emploi et 9 % sont toujours en études ou en formation.

Deux ans après leur insertion, 78 % des personnes sont toujours en emploi et 6 % sont toujours en études ou en formation.



3.3. LA DÉFICIENCE SENSORIELLE EN FRANCE

En France, près de 7 millions de personnes sont atteintes de déficience visuelle ou auditive. Plus de 2 millions d'entre elles sont âgées entre 20 et 59 ans et sont donc potentiellement concernées par une inadéquation entre leur état de santé et leur situation professionnelle.

Le handicap sensoriel recouvre des réalités très diverses pouvant varier, selon les cas, d'une atteinte totale, à une déficience profonde, sévère, moyenne ou légère. Les déficiences visuelle et auditive ne sont pas des entités univoques et selon leur degré de sévérité, on parle de cécité ou de malvoyance pour l'une et de personnes sourdes ou malentendantes pour l'autre. Leurs pertes peuvent être d'apparition brutale ou progressive. Le retentissement fonctionnel est, par conséquent, très variable d'une personne à l'autre.

Les situations de déficience sensorielle ont de multiples retentissements dans la vie des personnes et de leur entourage et peuvent conduire, par l'effet d'une limitation très importante de la participation sociale, à une véritable exclusion sociétale entraînant une baisse généralisée de la qualité de vie. La déficience visuelle se répercute d'abord sur les activités de la vie quotidienne (lecture, écriture, reconnaissance des visages, manipulation d'objets...) et sur les déplacements, notamment dans les environnements inconnus ou contenant des obstacles imprévus. La déficience auditive, quant à elle se répercute sur les activités mettant en jeu les relations et la communication. La déficience sensorielle pose également des problématiques d'insertion scolaire, d'intégration dans des cursus de formation et aussi des difficultés de maintien ou d'accès à l'emploi.

La déficience sensorielle est un véritable enjeu de santé publique, il apparaît essentiel de favoriser les initiatives permettant de promouvoir l'autonomie, la qualité de vie et la dignité des personnes.

3.3.1. La déficience visuelle



Selon une étude de la DREES publiée en juillet 2005, 1,7 millions de personnes seraient atteintes de déficience visuelle en France métropolitaine. Parmi ces personnes, quatre sur cinq déclarent une ou plusieurs autre(s) déficience(s), le plus fréquemment elles sont d'ordre viscéral ou métabolique (46%). Associé à cela, 35% des déficients visuels déclarent une déficience auditive (22% sont sourds ou malentendants).²⁰

Afin de pouvoir classer de façon médicale et précise les déficiences visuelles en fonction de l'acuité et du champ visuel du patient, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a établi, en 2001, une liste de critères objectifs. Ceux-ci sont répartis en cinq catégories numérotées de I à V, et permettent de définir le degré de malvoyance de la personne.²¹

Catégorie I	Acuité visuelle binoculaire corrigée inférieure à 3/10 ^{ème} et supérieure à 1/10 ^{ème} , avec un champ visuel d'au moins 20°.
Catégorie II	Acuité visuelle binoculaire corrigée inférieure à 1/10 ^{ème} et supérieure ou égale à 1/20 ^{ème} , avec un champ visuel compris entre 10° et 20°
Catégorie III	Acuité visuelle binoculaire corrigée inférieure à 1/20 ^{ème} et supérieure ou égale à 1/50 ^{ème} , avec un champ visuel compris entre 5° et 10°.
Catégorie IV	Acuité visuelle binoculaire corrigée inférieure à 1/50 ^{ème} , mais perception lumineuse préservée, avec un champ visuel inférieur à 5°.
Catégorie V	Pas de perception lumineuse, à fortiori absence de l'œil

Les personnes dites malvoyantes, ou souffrant de basse vision, rentrent dans les catégories I et II.

Les catégories III, IV et V concernent quant à elle les personnes atteintes de cécité.

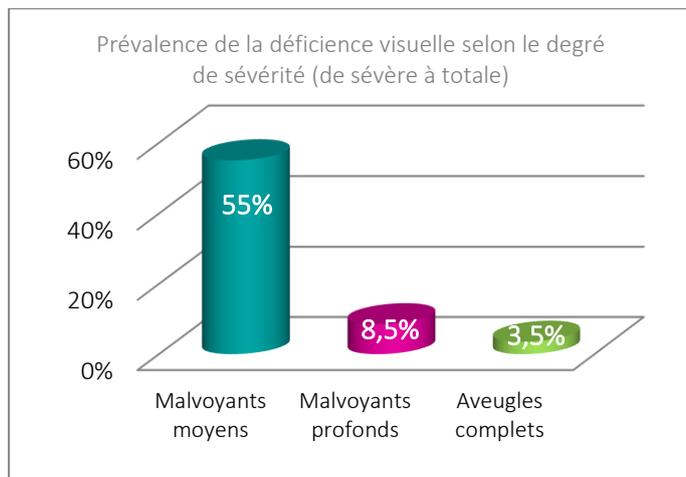
Cette classification est importante dans la mesure où la prise en charge d'un patient aveugle ou malvoyant dépend souvent de son degré de handicap. Toutefois, deux personnes déficientes visuelles ayant une acuité et un champ visuel identiques n'auront pas pour autant les mêmes difficultés à accomplir les tâches de la vie courante : leurs incapacités différeront. Pour mieux appréhender cette réalité, la classification de l'OMS est complétée par une approche fonctionnelle de la basse

²⁰ Etudes et Résultats N°416 « Les personnes ayant un handicap visuel – Les apports de l'enquête Handicaps – Incapacités - Dépendance » - Juillet 2005 - DREES

²¹ Source site internet de l'OMS : www.who.int/mediacentre/factsheets/fs282/fr

vision, développée en 1990 par August Colenbrander²². Cette dernière distingue 6 catégories qui reposent sur la capacité d'une personne à agir et accomplir des activités grâce aux éventuelles capacités visuelles restantes, à l'utilisation des autres sens et à l'appropriation des aides techniques disponibles.

D'après l'étude publiée en 2005 par la DREES²³, près de 7 déficients visuels sur 10 présentent une incapacité sévère à totale.



Sur les 1.700.000 personnes déficientes visuelles, en France :

- 55 % sont malvoyants moyens (incapacité visuelle sévère en vision de loin ou de près), soit 932.000 personnes
- 8,6 % sont malvoyants profonds (distinction des silhouettes), soit 146.000 personnes
- 3,5 % sont aveugles complets, soit 61.000 personnes

3.3.2. La déficience visuelle et ses répercussions sur l'emploi

35 % des déficients visuels en France, soit environ 663.000 personnes, sont âgées entre 20 et 59 ans et sont donc potentiellement concernés par une problématique professionnelle.

La déficience visuelle est très souvent un handicap invisible que la personne peut choisir de taire ou de minimiser, en tentant de trouver seule les compensations qui l'aideront au quotidien. Dans la plupart du temps, ces solutions ne permettent pas de compenser de façon optimale la situation de handicap, générant ainsi chez la personne des tensions et une très grande fatigue. Les déplacements pour accéder au lieu de travail et pour circuler dans l'entreprise peuvent également être source de difficultés si la signalétique, les éclairages et les accès ne sont pas adaptés (plus d'un déficient visuel sur deux (56%) déclare une incapacité sévère concernant la mobilité et les déplacements)²².

A noter que :

- Chez les plus de vingt ans, le risque d'avoir une déficience visuelle est plus élevé pour les personnes issues de la catégorie socioprofessionnelle « ouvrier » que pour les catégories « cadre » et « profession intermédiaire ».²²
- Moins de 1 % des déficients visuels (8 000 personnes environ) se servent d'interfaces d'ordinateurs (reconnaissance vocale, écran tactile, synthèse vocale).
- 15 % des aveugles ont appris le braille, 10 % l'utilisent pour la lecture et 10 % pour l'écriture également. L'apprentissage du braille est plus rare chez les malvoyants profonds (3 % environ) et les malvoyants moyens (1 % environ).

3.3.3. La déficience auditive



Selon l'enquête Handicap Santé réalisée par l'INSEE et la DREES en 2008, dix millions de personnes seraient atteintes de problèmes d'audition en France, soit 16% de la population. Pour 5,4 millions d'entre-elles, ces limitations auditives, considérées comme allant de moyennes à totales, sont susceptibles d'avoir des répercussions sur leur vie quotidienne.²⁴

La déficience auditive est l'incapacité à entendre aussi bien que quelqu'un dont l'audition est normale. Les personnes atteintes de déficience auditive peuvent avoir perdu une partie plus ou moins importante de leur capacité auditive. En 2008, deux millions de personnes déclarent avoir besoin d'un appareil auditif, pour un million de personnes appareillées.²⁵

²² <http://www.ski.org/Colenbrander/>

²³ Etudes et Résultats N°416 « Les personnes ayant un handicap visuel – Les apports de l'enquête Handicaps – Incapacités - Dépendance » - Juillet 2005 - DREES

²⁴ Dossier Solidarité et Santé N°52 « Vivre avec des difficultés d'auditions » - Février 2014 - DREES

²⁵ Dossier Solidarité et Santé N°52 « Vivre avec des difficultés d'auditions » - Février 2014 - DREES

La classification de la déficience auditive a été déterminée par le Bureau International d'Audiophonologie (BIAP) sur la base de mesures audiométriques permettant de faire apparaître une perte de la perception des sons. Cette classification distingue 6 catégories allant d'une audition normale à subnormale (perte tonale moyenne ne dépassant pas 20 décibels) à une déficience auditive totale.

Audition normale à subnormale	La perte tonale ne dépasse pas 20 db, atteinte tonale légère sans incidence sociale
Déficience auditive légère	Comprise entre 21 et 40 db, la parole est perçue à voix normale mais difficilement à voix basse ou lointaine. La plupart des bruits familiers sont perçus
Déficience auditive moyenne	La parole est perçue si l'on élève la voix mais le sujet comprend mieux en regardant son interlocuteur parler. Quelques bruits familiers sont encore perçus. - Premier degré : perte tonale moyenne comprise entre 41 et 55 dB - Deuxième degré : perte tonale moyenne comprise entre 56 et 70 dB
Déficience auditive sévère	La parole est perçue à voix forte près de l'oreille, ainsi que les bruits forts - Premier degré : perte tonale moyenne comprise entre 71 et 80 dB - Deuxième degré : perte tonale moyenne comprise entre 81 et 90 dB
Déficience auditive profonde	Aucune perception de la parole, seuls les bruits très puissants sont perçus - Premier degré : perte tonale moyenne comprise entre 91 et 100 dB - Deuxième degré : perte tonale moyenne comprise entre 101 et 110 dB - Troisième degré : perte tonale moyenne comprise entre 111 et 119 dB
Déficience auditive totale	La perte tonale moyenne est de 120 dB. Rien n'est perçu

Cette classification ne permet pas de prendre en compte l'ensemble des troubles de l'audition invalidants (les acouphènes notamment). Aussi, pour compléter l'approche du BIAP, il convient de prendre en compte, au-delà de la perte tonale, les résultats d'audiométrie vocale dans le calme et dans le bruit, les fonctions auditives centrales et la mémoire. Car, sur le plan fonctionnel, la déficience auditive se traduit par une atteinte de la fonction d'alerte et la perturbation de la communication audio-verbale, pouvant aller jusqu'à une altération des fonctions cognitives par privation sensorielle.

Ainsi, selon la définition du Centre québécois de la déficience auditive, la santé auditive se rapporte à tout ce qui entoure le développement et le maintien de l'audition. Le Réseau international sur le Processus de production du handicap (PPH) indique que l'audition caractérise l'aptitude à percevoir les stimuli sonores (les sons, la parole, les bruits et la musique). Un problème de santé auditive se définit par l'absence ou l'altération d'une ou de plusieurs aptitudes auditives, causées par une perte, une malformation, ou une insuffisance fonctionnelle du système auditif et des systèmes connexes qui s'y rattachent.

Les troubles de l'audition peuvent être d'origine multiple :

- la déficience auditive (diminution partielle ou totale de la capacité à entendre les sons²⁶)
- les acouphènes (sensations auditives (sifflements, bourdonnements ...) qui ne sont pas causées par un bruit extérieur²⁷)
- l'hyperacousie (seuil de tolérance au bruit anormalement bas²⁸)
- l'autophonie (sensation de s'entendre parler dans l'une des deux oreilles)
- les troubles vestibulaires
- les séquelles d'otites

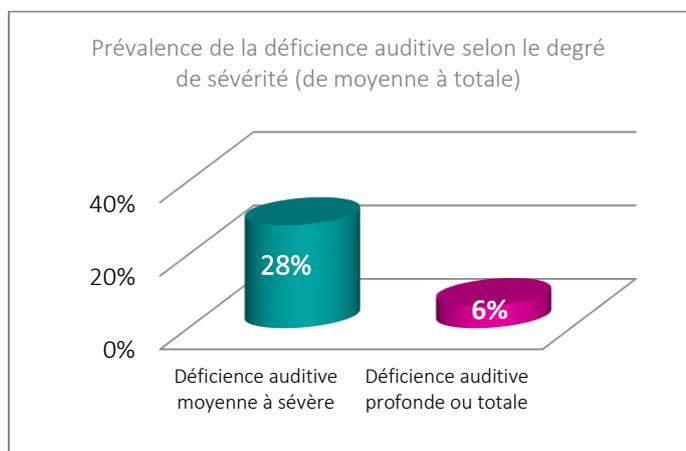
Selon l'OMS, il serait possible de prévenir près de la moitié des cas de surdité et de déficience auditive si les causes les plus courantes étaient prises en charge au niveau des soins de santé primaires.

D'après l'enquête Handicap-Santé, près de 34% des déficients auditifs présentent une déficience moyenne à totale :

²⁶ Source site internet Droit au savoir : http://www.droitausavoir.asso.fr/index.php?option=com_content&view=article&id=12&Itemid=17

²⁷ Source site internet Ameli : <http://www.ameli-sante.fr/acouphenes/les-acouphenes-definition-causes-effets.html>

²⁸ Source site internet Hyperacousie Québec : <http://hyperacousie.jimdo.com/l-hyperacousie/d%C3%A9finition-de-la-wikip%C3%A9dia/>



Sur les 5,4 millions de personnes déficientes auditives, en France :

- 28 % ont une déficience moyenne à sévère (entendre une conversation, avec une seule personne qui parle d'une voix forte, même avec l'aide d'un appareil auditif)
- 6 % ont une déficience auditive profonde ou totale (surdité complète ou incapacité à entendre une conversation, même avec un appareil auditif)

66% des déficients auditifs auraient une déficience auditive légère à moyenne (entendre une conversation seulement si une personne parle normalement).

3.3.4. La déficience auditive et ses répercussions sur l'emploi

28 % des déficients auditifs en France, soit environ 1 .512.000 personnes, sont âgées entre 20 et 59 ans et sont donc potentiellement concernés par une problématique professionnelle.

Dans la sphère professionnelle, compte tenu de l'importance de la communication orale, la surdité représente un handicap pour accéder ou être maintenu dans son emploi et mener une carrière (7% des actifs occupés ayant des limitations fonctionnelles auditives graves à totales sont cadres supérieurs ou professions libérales, contre 16% des actifs qui n'ont pas eu de problèmes auditifs²⁹). Les personnes déficientes auditives adoptent, le plus souvent, des stratégies d'adaptation ou de contournement*, mais celles-ci sont génératrices de tension nerveuse, de stress et de fatigue. Deux types de stratégies sont souvent privilégiés : d'une part, elles recourent à l'expression écrite, si possible, en évitant le face à face et d'autre part, elles cherchent à identifier des personnes interfaces (des collègues qui, par exemple, téléphonent à leur place)³⁰.

D'après des travaux menés par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) et l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes)³¹, les personnes devenues sourdes ou malentendantes au cours de leur vie expriment, lorsqu'elles sont interrogées sur leur rapport à la santé, des préoccupations autour de la fatigue et des souffrances psychologiques occasionnées au quotidien par les difficultés de communication. Ces difficultés se cristallisent particulièrement dans les situations de travail. En effet, l'étude montre qu'au travail les difficultés de communication et leurs conséquences en termes de violences subies au quotidien sont exacerbées en raison de la pression économique et de l'inadaptation des postes, tandis que le bruit est, plus qu'ailleurs, source de fatigue. Certains risques d'incident ou d'accidents y sont majorés. Pour beaucoup, la vie professionnelle est jalonnée par un cumul d'obstacles et marquée par un sentiment de dévalorisation parfois lié aux difficultés à effectuer diverses tâches. Les possibilités d'évolution et de prises de responsabilités sont limitées. Ces travaux pointent également les obstacles auxquels sont confrontées les personnes déficientes auditives : coût excessif des matériels (spécialisés ou non) et des services, manque d'aides financières et techniques ou d'accompagnements humains, méconnaissances des prestations existantes, complexité des démarches à accomplir pour bénéficier de ces prestations ou encore difficultés à faire reconnaître administrativement le handicap.

A noter que :

- 46% des personnes ayant des difficultés auditives moyennes à totales sont atteintes d'autres limitations (motrices, visuelles, intellectuelles, psychiques ou cognitives) contre 20 % de l'ensemble de la population.
- Moins de 1 % des déficients auditifs (54.000) déclarent utiliser la langue des signes (8 % chez les personnes ayant une déficience auditive profonde ou totale).

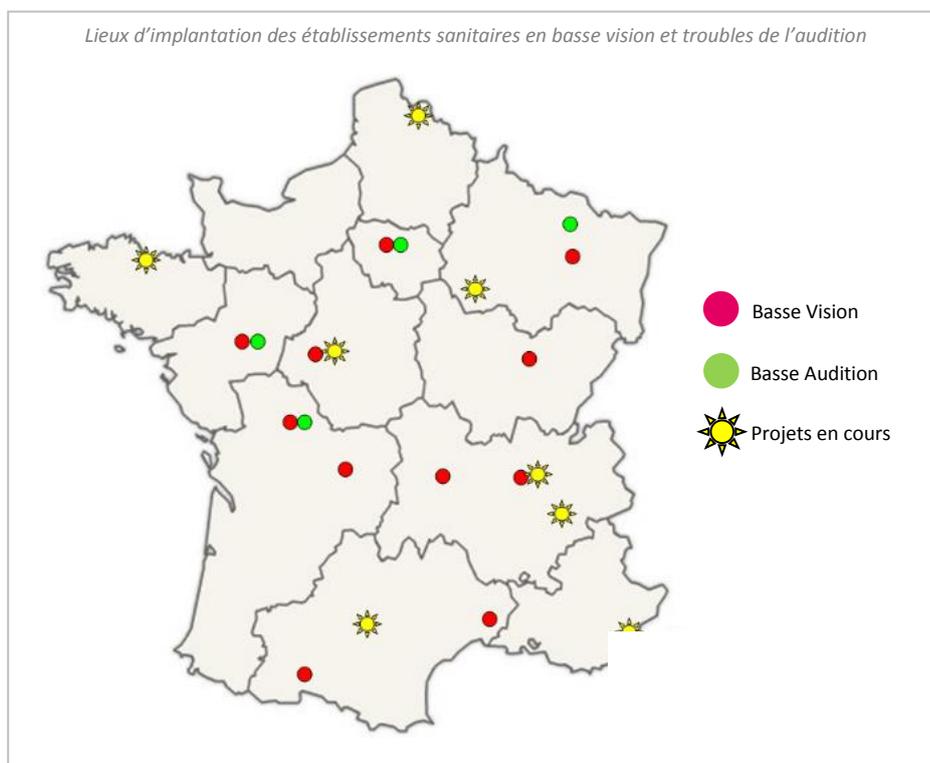
²⁹ Document de travail – Série études et recherches « Etudes quantitatives sur le handicap auditif à partir de l'enquête « Handicap-santé » N°131 – Août 2014 - DREES

³⁰ Revue française des affaires sociales, « L'insertion professionnelle des travailleurs aveugles et sourds : les paradoxes du changement technico-organisationnel » - 2004/3 (n°3)

³¹ Evolutions – Résultats d'études et de recherches en prévention et en éducation pour la santé « le rapport à la santé des personnes sourdes et malentendantes, quelles spécificités ? » N° 25 – Avril 2012 - Inpes

3.4. L'OFFRE SANITAIRE FRANÇAISE EN DÉFICIENCE SENSORIELLE

Déployée sur 11 régions du territoire métropolitain, l'offre sanitaire en déficience sensorielle se compose, en 2014, de 157 lits et places, répartis dans 12 structures de soins, agréées par les autorités sanitaires et conventionnées par l'Assurance maladie (les Centres régionaux basse vision et troubles de l'audition d'Angers ne forment qu'un seul établissement de soins, de même qu'à Poitiers).



		Région	Ville	Etablissement	Ouverture	Hospitalisation		
						Lit	Place	Total
BASSE VISION	1	AUVERGNE	Clermont F ^{rand}	Auvergne Basse Vision	2011	-	7	7
	2	BOURGOGNE	Dijon	Centre régional BV (CHU)	2008	-	2	2
	3	CENTRE	Tours	Centre basse vision Bois Gibert	2010	-	12	12
	4	ILE DE FRANCE	Paris	Fondation Sainte Marie	1963	22	20	42
	5	LANGUEDOC R.	Nîmes	Institut ARAMAV ²	1990	20	2	22
	6	LIMOUSIN	Limoges	Hôpital de jour Baudin	2007	-	7	7
	7	LORRAINE	Nancy	CLER ³ basse vision	2009	-	5	5
	8	MIDI PYRENEES	Saint Gaudens	Centre André Mathis	2011	15	-	15
	9	PAYS DE LA LOIRE	Angers	Centre régional basse vision	2003	-	10	10
	10	POITOU CHARENTE	Poitiers	Centre régional basse vision	2009	-	7	7
	11	RHONE ALPES	Lyon	SAR pour Déficiants Visuels ⁴	2001	-	15	15
TOTAL BASSE VISION						57	87	144
BASSE AUDITION	12	LORRAINE	Metz	CLER ² basse audition	2010	-	5	5
	13	PAYS DE LA LOIRE	Angers	CERTA ⁵	2009	-	5	5
	14	POITOU CHARENTE	Poitiers	Centre régional troubles audition	2009	-	3	3
TOTAL BASSE AUDITION						-	13	13
TOTAL BASSE VISION ET BASSE AUDITION						57	100	157

¹ Anciennement CRFAM. La structure qui a ouvert ses portes en 1963 et a été intégrée, en 2010, à la fondation Sainte Marie avec une relocalisation sur Paris. Depuis le sigle CRFAM n'existe plus.

² ARAMAV : Association pour la réinsertion des aveugles et malvoyants

³ CLER : Centre Lorrain d'évaluation et de réadaptation en BV

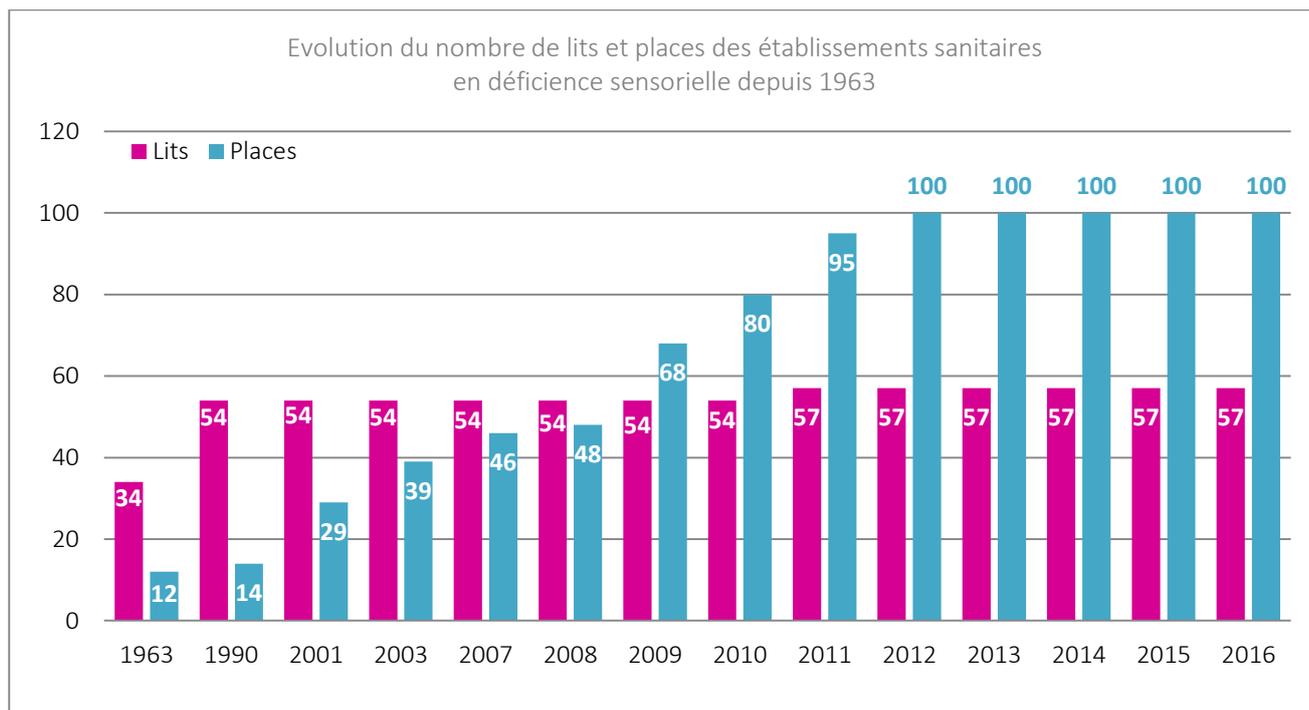
⁴ SAR : Service Ambulatoire de Rééducation et de Réadaptation

⁵ CERTA : Centre d'Evaluation et Réadaptation des Troubles de l'Audition.

3.4.1. Une offre sanitaire au développement récent

La prise en charge spécifique du handicap sensoriel dans des établissements de soins, s'est organisée récemment en France. Si le premier établissement spécialisé a ouvert ses portes en 1963, à Marly-le-Roi (Yvelines), sous le nom de Centre de Rééducation Fonctionnelle pour Aveugles ou Malvoyants (CRFAM), ce n'est en effet que depuis 2007, que ces structures spécialisées en déficiences sensorielles se sont développées (8 établissements de soins créés). 12 établissements de soins de suite et de réadaptation composent, en 2016, l'offre sanitaire en déficiences visuelles et/ou auditives.

L'évolution de l'offre sanitaire est essentiellement marquée par une augmentation du nombre de places d'hospitalisation de jour (depuis 1990, le nombre de places a été multiplié par plus de 6, représentant 86 places supplémentaires). Le nombre de lits d'hospitalisation complète, toujours sur la même période, n'a quant à lui enregistré que 3 nouvelles ouvertures portant ainsi l'offre de 54 à 57 lits.



Actuellement, les établissements de SSR qui interviennent dans la prise en charge des personnes déficientes sensorielles sont identifiés comme étant des établissements de SSR polyvalent. En effet, la réadaptation sensorielle n'est pas reconnue comme constituant une spécialité de soins de suite et de réadaptation, le récent développement de cette offre sanitaire pouvant notamment expliquer ce positionnement. Toutefois, le décret n°2008-377 du 17 avril 2008 relatif aux conditions d'implantation applicables à l'activité de soins de suite et de réadaptation identifie clairement la prise en charge des déficiences sensorielles : « L'autorisation d'exercer l'activité de soins de suite et de réadaptation ne peut être accordée [...] que si l'établissement de santé est en mesure d'assurer : Les soins médicaux, la rééducation et la réadaptation afin de limiter les handicaps physiques, sensoriels, cognitifs et comportementaux [...] ». Par ailleurs, certains Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire (SROS), dont celui des Pays de la Loire, font état de la présence de « Réseaux Basse vision et Surdité » sur leur territoire³².

3.4.2. Une offre sanitaire orientée vers la basse vision

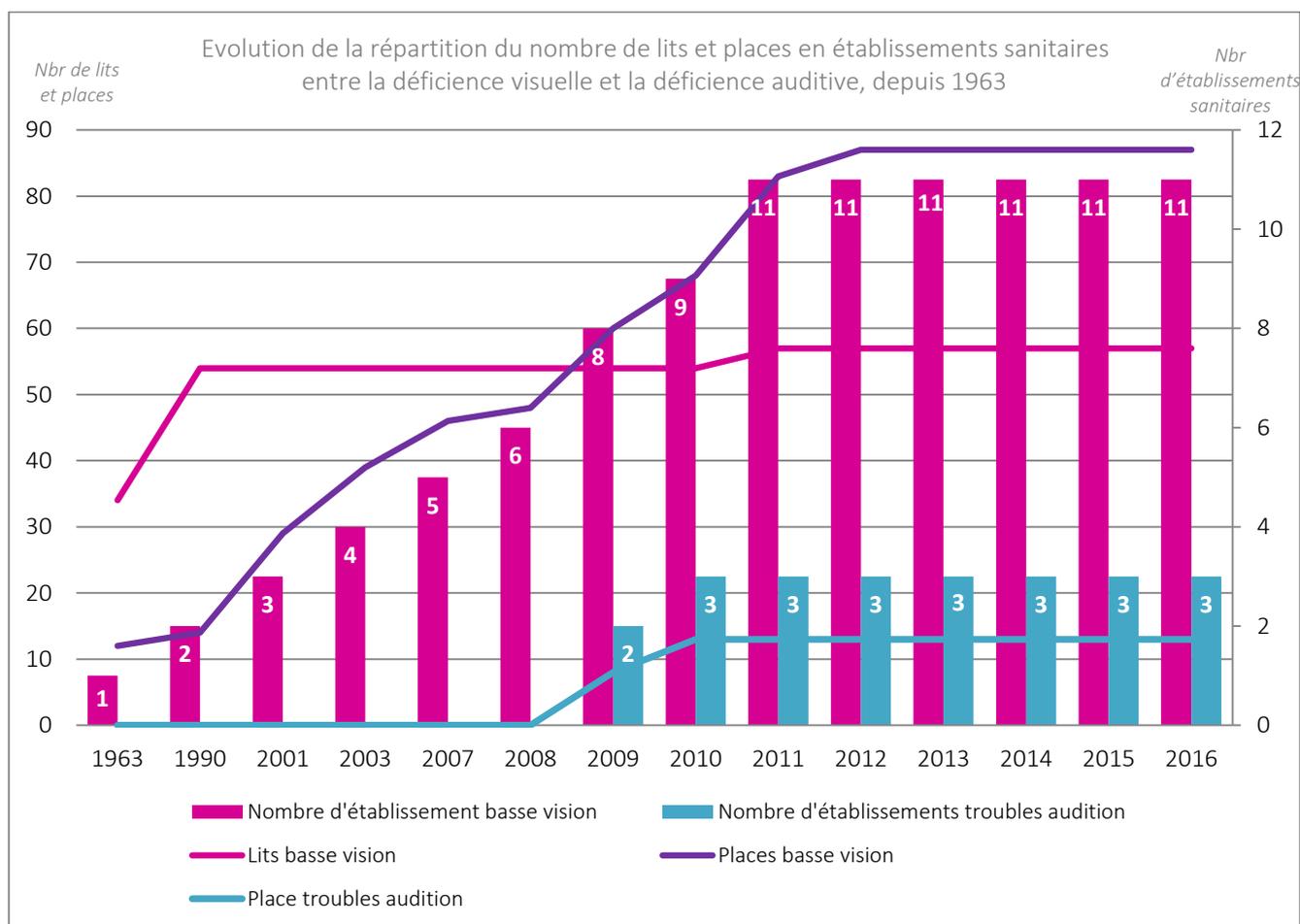
Une disparité importante existe au sein de l'offre sanitaire actuelle en déficience sensorielle : les établissements de soins proposent en effet une offre plus étoffée pour les déficiences visuelles que pour les déficiences auditives. Cette inégalité vaut aussi bien pour :

- le maillage géographique : 11 régions dans lesquelles un établissement de soins est implanté pour la basse vision, pour seulement 3 régions pourvues de structures équivalentes pour les troubles de l'audition.
- Le nombre de lits et places : 144 lits et places pour la déficience visuelle, 13 places pour la déficience auditive.

³² Schéma régional d'organisation des soins 2006-2010, Agence régionale de l'hospitalisation des Pays de la Loire.

- Le nombre de patients accompagnés : compte tenu des différences importantes entre l'offre sanitaire en déficiences visuelle et auditive, cela impacte, mécaniquement, le nombre de patients bénéficiant d'une prise en charge sanitaire, en établissement de soins de suite et de réadaptation (SSR).

Cette inégalité dans l'offre sanitaire entre les déficiences visuelle et auditive est inversement proportionnelle aux données épidémiologiques de l'enquête « Handicap, incapacité et dépendances » (HID)³³, qui établit, en France, la prévalence de la déficience visuelle à plus de 1,7 millions de personnes, et celle de la déficience auditive à près de 5,4 millions. Malgré ce contexte, ce n'est qu'en 2009 que les premiers établissements sanitaires orientés pour la prise en charge des déficiences auditives ont vu le jour (à Angers et Poitiers).



3.4.3. Un développement programmé de l'offre de soins en déficience sensorielle

D'ici 2 ou 3 ans, une trentaine de lits et places dédiés à la prise en charge des déficiences auditives et visuelles pourrait voir le jour en France métropolitaine.

En effet, actuellement, sept projets d'implantation de nouvelles structures sont en cours d'études. Ils permettraient d'apporter un maillage plus efficace du territoire (6 régions supplémentaires seraient couvertes, portant à 15 le nombre de régions pourvues d'établissements sanitaires orientés vers la déficience sensorielle).

Les projets concernent :

- Pour la Basse vision, six zones : Albi, Grenoble, Lille, Nice, St-Brieuc et Troyes
- Pour les troubles de l'audition, une zone : Albi, St-Brieuc et Paris*

* Pour ce projet, il s'agirait d'une augmentation de la capacité d'accueil de la Fondation Sainte Marie.

³³ L'enquête « Handicap, incapacité et dépendances » (HID), a été publiée en 2002 par la DREES et l'Insee.
http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/irsoc006.pdf

3.5. L'ACCOMPAGNEMENT SANITAIRE ACTUEL DES PATIENTS DÉFICIENTS SENSORIELS

L'activité de soins de suite et de réadaptation (SSR) en déficience sensorielle ne se limite pas à la seule approche technique de mesure des troubles. L'admission des patients, réalisée sur la base du dossier médical, permet de déclencher un processus d'accompagnement global, comprenant :

- Un bilan des capacités fonctionnelles (dont la durée peut varier de 2 à 4 demi-journées)
- La mise en place d'un projet de rééducation adapté et personnalisé permettant de mettre en œuvre les techniques de soins.
- La construction d'un projet de réadaptation permettant à la personne de préparer au mieux sa sortie de l'établissement de soins et, dans la mesure de ses capacités et avec l'aide d'éventuelles compensations techniques, de retrouver un maximum d'autonomie dans sa vie quotidienne, ses déplacements (à pied, en transports en commun, en voiture)... Le projet de réadaptation peut notamment inclure un appui concernant l'accès aux droits sociaux.



Une équipe pluridisciplinaire assure la prise en charge. Celle-ci intègre des compétences médicales et paramédicales : médecins ophtalmologistes et ORL, orthoptistes, orthophonistes, opticiens, audioprothésistes, ergothérapeutes, psychologues, assistants de service social, rééducateurs en autonomie de la vie journalière et en locomotion...



Avec la participation active et volontaire de la personne hospitalisée et de son entourage, un projet de soins, intégrant nécessairement une dimension réadaptative, est construit. Cette dimension est essentielle : elle permet de contourner l'impasse thérapeutique dans laquelle se trouvent beaucoup de patients qui ne peuvent bien souvent attendre des traitements qu'une stabilisation des troubles ou un ralentissement de leur progression.



Le projet de réadaptation, pleinement intégré au projet de soins, va permettre à la personne de tirer un maximum de profits de ses capacités restantes en potentialisant, avec l'aide des professionnels, leur utilisation.

Pour y parvenir, plusieurs outils sont mis à la disposition de l'équipe pluridisciplinaire :

- Fauteuil complet de consultation en ophtalmologie et en ORL
- Cuisine thérapeutique
- Plateaux techniques spécialisés, notamment en orthoptie et en audiologie
- Salles spécifiquement aménagées pour évaluer et tester du matériel en milieu écologique
- Nombre important de petits matériels pouvant être mis à disposition des patients (téléphone amplifié, boucle magnétique, loupes informatiques...)

L'établissement de soins de suite et de réadaptation en déficience sensorielle inscrit également son action à l'extérieur de ses murs. L'évaluation et/ou la mise en place du projet de réadaptation nécessitent que la personne soit confrontée à des situations de vie quotidienne (s'orienter en ville, prendre le bus, faire des courses...). Pour ce faire, et l'aider dans l'appropriation de nouvelles manières de vivre sa déficience, les professionnels de l'établissement de soins les accompagnent en extérieur (transports publics, commerces...).

En revanche, il n'existe pas, à ce jour, d'accompagnement vers l'emploi spécifiquement déployé au cours de l'hospitalisation et intégré au projet de soins.

PARTIE 4

COMMENT AGIR POUR L'INSERTION PROFESSIONNELLE DES PATIENTS DEFICIENTS SENSORIELS ?

La partie 4 du présent document, qui constitue le cœur du référentiel, est composée de douze sous-parties qui détaillent le processus d'accompagnement DPI à mettre en place auprès des patients déficients sensoriels hospitalisés au sein d'un établissement SSR. Parmi ces douze sous-parties, quatre d'entre elles sont transversales aux différentes étapes du processus à mettre en place. Il s'agit de :

- La place de la personne (4.2.)
- La traçabilité dans le dossier patient de la personne (4.9.)
- L'articulation avec les dispositifs d'insertion extérieurs à l'établissement (4.10.)
- Les moyens humains et matériels à mobiliser pour mettre en œuvre la DPI (4.11.)

Cette structuration du document relève d'un choix du Comité de Pilotage du projet. Elle permet de dégager les principes et valeurs qui sont communes à toutes les étapes de la démarche.

4.1. DÉFINITION DU PROCESSUS À METTRE EN PLACE

Deux définitions existent :

- La définition de la norme AFNOR, publiée en novembre 2004 (ANNEXE 7)
- La définition de la Recommandation de bonne pratique, labellisée par la Haute Autorité de Santé (HAS) en juillet 2011 (ANNEXE 8)

Le Comité de Pilotage national a fait le choix de retenir la définition la plus récente faisant, de surcroît, davantage référence aux établissements SSR, à savoir la définition issue du travail de recommandation de bonne pratique :

La Démarche Précoce d'Insertion (DPI) est un processus d'accompagnement des personnes hospitalisées en établissement de SSR 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 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 du 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.

L'accompagnement socioprofessionnel mis en place peut se poursuivre jusqu'à douze mois après la sortie de l'établissement de SSR.

4.2. LA PLACE DE LA PERSONNE AU SEIN DU PROCESSUS

A chaque étape du projet, il est recommandé que les modalités d'accompagnement mises en place :

- permettent à la personne d'obtenir une information claire, personnalisée et adaptée à sa déficience. Il peut, par exemple, être envisagé de recourir à une aide humaine à la communication
- facilitent l'expression de ses souhaits, ses besoins, et son implication
- impliquent, selon son choix, la personne de confiance, les proches et/ou aidants
- favorisent son adhésion tout au long du processus
- garantissent à la personne une place centrale au cœur de tout le processus et le recueil de son consentement

Il est fortement conseillé que la personne participe aux échanges et rencontres avec les acteurs extérieurs, y compris sur le lieu de travail / d'études / de formation et qu'elle soit destinataire des documents écrits que l'équipe de DPI formalise. Dans la mesure du possible, il est important que la personne réalise elle-même les démarches administratives qui ont été déterminées. Lorsque des démarches sont effectuées en dehors de sa présence, il est essentiel qu'elles soient réalisées 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. Par ailleurs, tout au long de la démarche, l'équipe de DPI peut orienter la

personne vers un psychologue (interne ou externe à l'établissement) afin de bénéficier d'un accompagnement psychologique.

La personne pourra à tout moment décider d'interrompre l'accompagnement proposé par l'équipe DPI.

4.3. LE REPÉRAGE

4.3.1. Définition

Le repérage consiste à identifier précocement l'existence potentielle d'une problématique d'insertion professionnelle. L'objectif du repérage est d'intégrer la dimension socioprofessionnelle dans le processus de soins dès les premiers temps de l'hospitalisation.

Il est à noter que le repérage est déconnecté de toute notion d'accompagnement et ne correspond pas au déclenchement de l'action.

4.3.2. Quand et comment repérer ?

Il est recommandé que le repérage soit systématique et qu'il soit mis en œuvre le plus tôt possible (en amont de l'hospitalisation) et au plus tard au moment de l'entrée en établissement SSR.

Le rôle des structures d'amont est central. Pour leur permettre d'être des acteurs actifs du processus, il est conseillé de développer plusieurs types d'outils :

- des outils de communication qui permettent de faire connaître l'équipe de DPI à l'extérieur de l'établissement (auprès des professionnels de santé, des professionnels de l'insertion, etc.)
- des outils facilitant les échanges entre les professionnels, les structures extérieures et l'établissement SSR

L'ensemble de ces outils permet de favoriser et faciliter le repérage, le plus en amont possible.

Afin d'identifier, le plus précocement possible, l'existence potentielle d'une problématique d'insertion, il est préconisé que le dossier de pré-admission comporte des informations relatives à :

- La situation sociale
- L'activité professionnelle
- L'existence et la nature d'un arrêt de travail (Maladie – AT/MP)
- Le niveau de formation
- La situation relative au logement
- Les activités de loisirs

Une grille comportant ces éléments est proposée en [ANNEXE 11](#).

4.3.3. Qui assure le repérage ?

Le repérage d'un besoin d'accompagnement socioprofessionnel peut être fait par les médecins ORL ou Ophtalmologistes de l'établissement de SSR, qui recueillent et étudient l'ensemble des demandes d'entrée en hospitalisation.

Le repérage peut également être réalisé par les autres professionnels de l'établissement, ainsi que par des dispositifs d'insertion et des professionnels médicaux et paramédicaux extérieurs à l'établissement.

La personne hospitalisée peut elle-même envisager de bénéficier de la DPI et en faire directement la demande.

4.4. L'ACCUEIL

4.4.1. Définition

L'accueil consiste à informer le patient sur le dispositif de Démarche Précoce d'Insertion proposé par l'établissement de SSR. Il s'agit, à la fois, d'expliquer le contenu de l'accompagnement, la finalité de la démarche, son fonctionnement, les professionnels concernés et le financement de l'action.

4.4.2. Quels sont les critères d'entrée dans la phase d'Accueil ?

1. L'existence d'une problématique potentielle d'insertion socioprofessionnelle est repérée et une orientation vers l'équipe de DPI est indiquée.
2. La personne s'est manifestée spontanément auprès de l'équipe de DPI.

4.4.3. A qui l'information est-elle délivrée ?

L'information est donnée aux personnes repérées et aux personnes qui se sont manifestées spontanément. En complément, elle peut également être délivrée à l'entourage des personnes.

4.4.4. A quel moment l'information est-elle délivrée ?

Il est recommandé que l'information soit donnée dès l'hospitalisation de la personne dans l'établissement. Celle-ci pourra être renouvelée si besoin au cours du séjour.

4.4.5. Comment la personne reçoit-elle l'information ?

L'accueil est réalisé par un professionnel de l'équipe de DPI. La rencontre peut avoir lieu dans le cadre d'un entretien individuel ou collectif (réunion d'information collective).

Il est important que l'information soit claire et adaptée à la déficience de la personne. Il est essentiel de garantir l'accessibilité des différents documents.

Il est recommandé que différents supports de communication puissent contribuer à l'information de la personne et de son entourage sur le dispositif de la DPI : information dans le livret d'accueil de l'établissement de SSR, plaquette d'information spécifique sur la DPI (ANNEXE 12), affichage, support audiovisuel, etc.

Les supports de communication ne peuvent se substituer à une rencontre entre un professionnel de l'équipe pluridisciplinaire et la personne.

4.4.6. Quels sont les critères de sortie de la phase d'Accueil ?

Deux situations sont envisageables :

1. Pas de suite donnée à l'Accueil – Information (= fin de prise en charge)

La personne n'intègre pas le dispositif car elle n'est pas concernée (pas en âge de travailler par exemple) ou pas intéressée par l'action. Une information dans ce sens devra être délivrée au médecin référent de la personne et une notification dans le dossier médical devra être réalisée.

2. Une suite est envisagée à l'Accueil – Information

Cela implique que la personne :

- a bénéficié d'un accueil (rencontre individuelle ou collective) et d'une information claire et accessible sur le dispositif de la DPI (remise d'une plaquette d'information)
- a un âge compris entre 16 ans (à condition qu'une notion de contrat de travail existe, tel qu'un contrat d'apprentissage) et l'âge légal de départ à la retraite
- présente un état de santé qui est susceptible de (re)mettre en cause l'accès ou le maintien dans l'emploi, l'entrée en formation ou la reprise d'études
- exprime une préoccupation sur son insertion professionnelle
- a donné son consentement explicite, pour débiter l'accompagnement (passage à l'étape « Evaluation de la demande »)

Le passage à l'étape d'Evaluation de la demande résulte d'une décision de l'équipe de DPI, en accord avec le médecin référent de la personne et implique, de fait, le déclenchement de l'accompagnement.

4.5. L'EVALUATION DE LA DEMANDE

4.5.1. Définition

L'évaluation de la demande a pour objet d'appréhender de façon globale et dynamique la situation de la personne afin de l'aider dans sa réflexion et identifier les solutions envisageables en termes d'insertion socioprofessionnelle.

L'inclusion dans cette étape implique une décision collective de l'équipe de DPI.

4.5.2. Quels sont les critères d'entrée dans la phase d'Evaluation de la demande ?

Le passage à l'évaluation de la demande relève d'une décision de l'équipe de DPI et est réalisé, dès lors que :

- la personne a bénéficié d'un accueil (rencontre individuelle ou collective) et d'une information claire et accessible sur le dispositif de la DPI (remise d'une plaquette d'information)
- la personne est âgée entre 16 ans et l'âge légal de départ à la retraite
- l'état de santé de la personne est susceptible de remettre en cause l'accès ou le maintien dans l'emploi, l'entrée en formation ou la reprise d'études
- la question de l'insertion professionnelle est une préoccupation exprimée par la personne

- le consentement explicite de la personne, pour débiter l'accompagnement, a été recueilli

La pertinence de l'entrée dans le dispositif est également fonction de l'état clinique et psychologique de la personne ainsi que de sa situation professionnelle, sociale et familiale.

4.5.3. Comment garantir l'adhésion de la personne au processus d'accompagnement ?

Il est recommandé que la personne soit tenue informée, par l'équipe de DPI, tout au long du processus d'accompagnement.

Avant d'initier cette étape d'évaluation de la demande, l'équipe de DPI a informé la personne sur :

- le contenu de l'accompagnement
- la méthodologie d'accompagnement
- les professionnels composant l'équipe de DPI

Par ailleurs, il est recommandé de recueillir le consentement éclairé de la personne, pour intégrer le processus d'accompagnement, par la signature d'un document écrit (ANNEXE 13).

4.5.4. Quels sont les éléments à recueillir pour évaluer la demande de la personne ?

Pour évaluer la demande de la personne, il est recommandé que l'ensemble des champs de la Classification Internationale du Fonctionnement du handicap et de la santé³⁴ (CIF) soient explorés et évalués par l'équipe de DPI, à savoir :

1. Champ du fonctionnement et du handicap

- a) Evaluation clinique
 - Fonctions physiques (dont les fonctions sensorielles)
 - Fonctions cognitives
 - Troubles comportementaux
 - Etat psychologique
- b) Evaluation fonctionnelle
 - Niveau de dépendance
 - Activités
 - Participation

2. Champ des facteurs contextuels

- a) Facteurs environnementaux
 - Situations sociale, administrative, familiale et financière
 - Conditions de vie (transport, accessibilité, habitat, déplacement, conduite, etc.)
 - Soutiens et relations (milieu familial, amical, attitude de l'entourage, etc.)
 - Centres d'intérêts (activités occupationnelles, loisirs, etc.)
 - Cursus et parcours scolaire
 - Parcours professionnel
 - Situation au regard de l'emploi
 - Contexte de l'entreprise

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 prescrite dans les champs du management, de l'organisation et des conditions de travail :
 - contexte général de l'entreprise
 - accessibilité
 - trajet domicile-travail, etc.
- nature des liens existants avec le milieu de travail :
 - services de santé au 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.

³⁴ La Classification Internationale du Fonctionnement du handicap et de la santé (CIF) a été élaborée par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) afin de fournir un langage uniformisé et un cadre pour la description et l'organisation des informations relatives au fonctionnement et au handicap. Elle a été entérinée par l'Assemblée mondiale de la Santé en 2001.

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
 - ...

A noter qu'au cours de l'expérimentation menée au CRBVTA d'Angers, les accompagnements se sont concentrés sur des projets de maintien en emploi.

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 peuvent être réactualisés tout au long de l'accompagnement en fonction de l'évolution des différents aspects fonctionnels, psychologiques et environnementaux de la personne.

4.5.5. Auprès de quel(s) acteur(s) recueillir ces éléments ?

L'évaluation et l'exploration des champs de la CIF sont réalisées avec la personne.

En complément, il pourra être nécessaire d'échanger des informations avec l'entourage ainsi que les parties prenantes au projet, extérieures à l'établissement de SSR, et notamment : services de santé au travail, employeur, organismes de sécurité sociale, organismes de formation, écoles/universités, afin d'objectiver le contexte professionnel et environnemental. Ceux-ci ne pourront être contactés par l'équipe de DPI, qu'avec l'accord explicite de la personne, via la signature d'un document écrit (ANNEXE 14).

A noter, qu'il est laissé à la personne la possibilité de contacter elle-même les parties prenantes au projet. Dans ce cas, la signature d'une autorisation de prise de contact n'est pas requise.

4.5.6. Exploitation des résultats de l'évaluation

Une fois les champs de la CIF explorés, il est recommandé de réaliser une synthèse pluridisciplinaire qui permet de partager l'ensemble des éléments recueillis auprès de la personne, de son entourage et des parties prenantes extérieures. La synthèse pluridisciplinaire, avec la participation du patient et éventuellement de son entourage, permet d'identifier, au regard des attentes et besoins de la personne, des objectifs ou stratégies qui seront formalisés par écrit et remis au bénéficiaire.

4.5.7. Quels sont les critères de sortie de la phase d'Evaluation de la demande ?

Deux situations sont envisageables :

1. Pas de suite donnée à l'Evaluation de la demande (= Fin de l'accompagnement)
La personne ne poursuit pas l'accompagnement, pour l'une des raisons suivantes :
 - Projet de vie sans dimension professionnelle
 - Réalisation personnelle du projet après informations/conseils données par l'équipe de DPI
 - Relais aux opérations d'insertion (Pôle emploi, Cap Emploi, Sameth, etc.)
 - Orientation vers une autre structure (ESAT, SAVS, SAMSAH, etc.)
 - Projet différé pour raison médicale
2. Une suite est envisagée à l'Evaluation de la demande (= Poursuite de l'accompagnement)
Cela implique que :
 - l'adhésion de la personne à l'accompagnement proposé a été recueillie (signature d'un document écrit)
 - une évaluation situationnelle de la personne a été menée jusqu'à son terme (les champs de la CIF ont notamment été explorés)
 - une synthèse pluridisciplinaire a eu lieu, permettant d'une part de partager les informations avec l'ensemble de l'équipe de DPI et de dégager, d'autre part, des objectifs et stratégies
 - les résultats de l'évaluation ont été communiqués à la personne, par écrit
 - la personne souhaite poursuivre l'accompagnement.

4.6. L'ELABORATION DU PROJET PROFESSIONNEL

4.6.1. Définition

L'élaboration du projet professionnel consiste à construire, avec la participation active de la personne, un projet de vie, incluant obligatoirement une dimension professionnelle, qui pourra se concrétiser le plus rapidement possible. Le projet peut concerner un maintien dans l'emploi, une reconversion professionnelle, une reprise d'études ou une entrée en formation.

4.6.2. Quels sont les critères d'entrée de la phase d'Elaboration du projet professionnel ?

- l'adhésion de la personne à l'accompagnement proposé a été recueillie (signature d'un document écrit)
- une évaluation situationnelle de la personne a été menée jusqu'à son terme (les champs de la CIF ont notamment été explorés)
- une synthèse pluridisciplinaire a eu lieu, permettant d'une part de partager les informations avec l'ensemble de l'équipe de DPI et de dégager, d'autre part, des objectifs et stratégies
- les résultats de l'évaluation ont été communiqués à la personne, par écrit
- La personne souhaite poursuivre l'accompagnement.

4.6.3. Quels sont les processus et les outils mobilisables pour la construction du projet professionnel ?

Les processus et les outils mobilisables pour l'élaboration du projet professionnel sont fonction des attentes de la personne, ainsi que de sa situation au regard de l'emploi. Leurs mises en œuvre doivent avoir un caractère dynamique, cela signifie qu'il est important que leurs rythmes prennent en compte, de façon simultanée, les aspects médicaux, fonctionnels, et psychologiques de la personne, et également le contexte médico-administratif.

En fonction de la définition ou non du projet par la personne, les processus et les outils mobilisables vont varier :

1. Le projet professionnel n'est pas défini et il y a un souhait d'aide à l'élaboration

L'équipe de DPI a pour objectifs, en concertation avec la personne :

- d'identifier les compétences transférables

Outils	<ul style="list-style-type: none">→ Anamnèse précise du parcours scolaire, de la formation et de la vie professionnelle (focus sur les motivations des choix, etc.)→ Entretiens + tests psychotechniques <p><i>A noter qu'actuellement, en France, les outils ne sont pas toujours adaptés aux personnes déficientes visuelles.</i></p>
Partenaires extérieurs impliqués	MDPH / MDA Opérateurs de l'insertion professionnelle Prestataires de bilan de compétences si nécessaire Service de santé au travail Service social du travail

- d'explorer les différents métiers

Outils	<ul style="list-style-type: none">→ Faciliter l'accès à l'information :<ul style="list-style-type: none">- documentations- sites internet, etc.→ Entretiens / rencontres avec des professionnels et/ou des formateurs→ Mises en situation
Partenaires extérieurs impliqués	MDPH / MDA Opérateurs de l'insertion professionnelle Prestataires de bilan de compétences si nécessaire Centre d'information et d'orientation, Service universitaire d'information, d'orientation et d'insertion professionnelle Organismes de formation

Cette démarche va permettre de construire un projet professionnel, prenant en compte les compétences, les attentes et les besoins de la personne. Une fois élaboré, il est important que l'équipe de DPI s'assure de la cohérence et de l'applicabilité du projet.

2. Le projet professionnel est identifié par la personne et il y a un souhait d'accompagnement

Il s'agit, pour l'équipe de DPI, de s'assurer de la cohérence du projet.

Il est souligné que les outils ne sont pas utilisés de façon systématique, mais de manière adaptée à chaque situation et qu'ils ne peuvent être mobilisés qu'avec l'accord explicite et la participation active de la personne.

4.6.4. Comment s'assurer de la cohérence du projet élaboré ?

Dès lors que le projet professionnel se précise, une étude de faisabilité multidimensionnelle est menée par l'équipe de DPI. En prenant en compte tous les moyens de compensation mobilisables, il s'agit de vérifier la compatibilité entre le projet d'insertion de la personne et :

- ses capacités fonctionnelles et cognitives et leur évolution potentielle
- la réalité de la situation souhaitée de travail / études / formations, en termes de compétences, aptitudes, contraintes environnementales et organisationnelles
- les acquis scolaires et/ou professionnels
- le contexte familial, social, juridique et médico-administratif

Une attention particulière devra être portée à l'aménagement de l'environnement sonore, pour les personnes déficientes auditives, et à l'aménagement de l'environnement lumineux pour les personnes déficientes visuelles ainsi qu'à l'adaptation des supports de travail et pédagogiques.

Selon la nature du projet élaboré, l'étude de faisabilité va permettre :

- d'identifier les contraintes liées à la situation de travail et son environnement : moyens humain, technique, organisationnel

Outils	<ul style="list-style-type: none">→ Favoriser, en accord avec la personne, 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→ Mise en situation :<ul style="list-style-type: none">- sur les plateaux techniques de l'établissement de SSR- si possible en entreprise
Partenaires extérieurs impliqués	Médecins du travail Entreprise Service social du travail

- d'identifier les contraintes liées aux études – formation et métier(s) envisagé(s)

Outils	<ul style="list-style-type: none">→ Visite du lieu d'études ou de formation→ Echanges avec les formateurs→ Echanges avec des professionnels du métier
Partenaires extérieurs impliqués	Centre d'information et d'orientation / Service universitaire d'information, d'orientation et d'insertion professionnelle Etablissement d'enseignement Centre de formation de droits communs ou spécialisés Réfèrent handicap Entreprises Service de santé universitaire

- d'identifier les moyens de compensation des situations de handicap : humains, animaliers, techniques, organisationnels, déplacements

Outils	<ul style="list-style-type: none">→ Analyse ergonomique des situations réelles de travail en entreprise→ Moyens de compensation humains :<ul style="list-style-type: none">- présence d'une aide humaine,
--------	--

	<ul style="list-style-type: none"> - mesure de tutorat (contrat de rééducation en entreprise, mesure tutorat Agefiph/FIPHFP, etc.) → Moyens techniques : <ul style="list-style-type: none"> - recherche d'aides techniques ou animalières - mise en situation : <ul style="list-style-type: none"> - au sein de l'établissement de SSR spécialisé (plateaux techniques), - sur le milieu de travail (Mise en situation réelle de travail, stage sous indemnité journalière, etc.) → Moyens organisationnels : <ul style="list-style-type: none"> - temps partiel thérapeutique - aménagement du temps de travail - modification des processus de travail - réorganisation des tâches avec le collectif - reclassement sur un autre poste - reclassement dans un autre établissement du groupe
Partenaires extérieurs impliqués	Services de santé au travail Entreprise Organismes de sécurité sociale Service social du travail Réseaux et fournisseurs d'aides techniques et de matériel (audioprothésiste, opticiens, etc.) MDPH / MDA Financeurs (Etat, Agefiph, FIPHFP, etc.)

→ d'informer sur les liens entre pathologie et activité professionnelle

Outils	→ Ecrit(s) ou rencontre(s) avec le médecin du travail, en accord avec la personne
Partenaires extérieurs impliqués	Médecin du travail

Un temps de synthèse entre les professionnels de l'équipe DPI, la personne déficiente sensorielle, et si nécessaire, les partenaires extérieurs à l'établissement de SSR, permet de valider les moyens envisagés pour la mise en œuvre du projet.

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 DPI 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 DPI adapte son accompagnement de façon à rester en cohérence avec les conclusions de ses évaluations.

4.6.5. Quels sont les critères de sortie de la phase d'Elaboration du projet professionnel ?

Deux situations sont envisageables :

1. Pas de suite donnée à l'Elaboration du projet professionnel (= Fin de l'accompagnement)
La personne ne poursuit pas l'accompagnement, pour l'une des raisons suivantes :
 - Réalisation personnelle du projet après informations / conseils donnés par l'équipe
 - Relais aux opérations d'insertion (Pôle emploi, Cap Emploi, Sameth, etc.)
 - Orientation vers une autre structure (ESAT, SAVS, SAMSAH, etc.)
 - Abandon
 - Projet différé
2. Une suite est envisagée à l'Elaboration du projet professionnel (= Poursuite de l'accompagnement)
 - Le projet a été défini et construit, en collaboration avec les parties prenantes au projet (*le médecin du travail et l'employeur de la personne ont été contactés, lorsqu'il s'agit d'un projet de maintien en emploi*)
 - Une étude de faisabilité du projet a été menée
 - L'adhésion de la personne au projet co-construit a été recueillie et elle est tenue informée des démarches entreprises (prise de contact / entretien, montage de dossier, etc.)

4.7. LA MISE EN ŒUVRE DU PLAN D'ACTIONS

4.7.1. Définition

La mise en œuvre du plan d'actions consiste, une fois le projet professionnel élaboré et validé, à concrétiser et finaliser l'accès / le maintien dans l'emploi, la reprise d'études ou l'entrée en formation.

4.7.2. Quels sont les critères d'entrée de la phase de Mise en œuvre du plan d'actions ?

Le passage de la phase d'élaboration du projet professionnel à la mise en œuvre du plan d'actions est réalisée, lorsque :

- Le projet professionnel a été défini et élaboré, avec la participation active de la personne et en concertation avec les acteurs impliqués
- L'adhésion de la personne au projet co-construit a été recueillie
- Une étude de faisabilité du projet a été réalisée par l'équipe de DPI permettant de s'assurer de la cohérence du projet élaboré
- Une réunion de synthèse, en présence de l'équipe de DPI, de la personne, et des parties prenantes au projet a permis de partager les résultats de l'étude de faisabilité et de valider les moyens envisagés pour la mise en œuvre du plan d'actions.

4.7.3. Quels sont les processus et les outils mobilisables pour la mise en œuvre du plan d'actions ?

Les processus et les moyens mobilisables pour la mise en œuvre du projet professionnel de la personne sont fonction de ses attentes et de la nature du projet élaboré. Il est rappelé que les outils ne sont pas mobilisés de façon systématique, mais de manière adaptée à chaque situation.

La mise en œuvre du plan d'actions s'articule, avec la participation active de la personne, autour de trois axes principaux :

→ Finaliser le projet : planification des actions

Outils	<ul style="list-style-type: none"> → Rencontre avec les parties impliquées dans le projet pour : <ul style="list-style-type: none"> - partager le calendrier - répartir les actions à mener pour permettre la concrétisation du projet
Partenaires extérieurs impliqués	<ul style="list-style-type: none"> Entreprise Etablissement de formation / d'études (universités, écoles, centres de formation, etc.) MDPH / MDA Médecin conseil de l'Assurance maladie Médecins traitant / spécialiste OPCA Service de santé au travail Service social du travail

→ Mettre en place les aides techniques, humaines, animalières

Outils	<ul style="list-style-type: none"> → Rédaction des argumentaires nécessaires aux dossiers de demande de mesures spécifiques et de financement → Validation des aides sur le lieu de travail / de formation / d'études et finalisation des adaptations si nécessaire <ul style="list-style-type: none"> → Compte tenu de l'importance des nouvelles technologies numériques dans la compensation de la déficience sensorielle, l'équipe de DPI peut être amenée à rencontrer / échanger avec le service technique de l'entreprise / l'établissement de formation / d'études. → Rencontre sur le lieu de travail / de formation / d'études, avec le tuteur, l'aide humaine, le collectif de travail, etc.
Partenaires extérieurs impliqués	<ul style="list-style-type: none"> Entreprise (Direction, RH, collectif de travail, service technique, etc.) Etablissement de formation / d'études (universités, écoles, centres de formation, etc.) Financeurs (Etat, Agefiph, FIPHFP, OETH, etc.) MDPH / MDA Médecin conseiller technique départemental de l'inspection académique Réseaux et fournisseurs d'aides techniques et de matériels (audioprothésiste, opticiens, etc.) Service de santé au travail Service d'aide humaine (auxiliaire de vie scolaire, auxiliaire de vie)

→ **Mettre en place les moyens organisationnels**

Outils	<ul style="list-style-type: none"> → Aménagement du temps de travail (diminution du temps de travail, temps partiel thérapeutique, invalidité, contrat de rééducation professionnelle, etc.) → Validation des horaires de travail / de formation, études → Sensibilisation du collectif de travail (avec l'accord de la personne et de l'entreprise) sur les conséquences du handicap, sur les relations, sur l'aménagement de l'environnement et sur les modifications de l'organisation du travail
Partenaires extérieurs impliqués	<ul style="list-style-type: none"> Entreprise (Direction, RH, collectif de travail) Etablissement de formation / d'études (universités, écoles, centres de formation, etc.) Médecin du travail Médecin conseil de l'Assurance maladie Médecins traitant /spécialiste

Dans le cadre de la mise en œuvre du projet socioprofessionnel, l'équipe de DPI peut être amenée à accompagner la personne dans ses démarches de régularisation de sa situation juridique et administrative.

Il est important que des points de synthèse avec l'équipe de DPI, la personne et les acteurs impliqués dans le projet, puissent être organisés pendant la phase de mise en œuvre du plan d'actions.

4.7.4. Quels sont les critères de sortie de la phase de Mise en œuvre du plan d'actions ?

Deux situations sont envisageables :

1. La Mise en œuvre du plan d'actions ne se concrétise pas par un maintien en emploi / une entrée en formation ou une reprise d'études (= Pas d'insertion)

La mise en œuvre du plan d'actions ne se concrétise pas par une insertion, pour l'une des raisons suivantes :

- Abandon / échec pour cause personnelle, médicale, professionnelle (liée au salarié/à l'entreprise)
- Projet différé pour cause médicale, personnelle, ou temps partiel toujours en cours*

** La mise en œuvre d'un temps partiel thérapeutique n'est pas considérée comme un maintien en emploi*

2. La mise en œuvre du plan d'actions se concrétise par un accès-maintien en emploi / une entrée en formation ou une reprise d'études (= Insertion)

→ Le plan d'actions a été mis en œuvre, en collaboration avec la personne et les parties prenantes au projet

- Dans le cadre d'un accès/maintien dans l'emploi :

L'aménagement de la situation de travail (mise en place des aides techniques, humaines, animalières et des moyens organisationnels) a été réalisé et les préconisations mises en place. L'insertion se concrétise à la date à laquelle la personne reprend une activité professionnelle (maintien en emploi /reconversion) ou à la date correspondant à la mise en place des aménagements, pour les personnes qui sont restées en activité.

- Dans le cadre d'une entrée en formation ou d'une reprise d'études

L'inscription auprès de l'établissement de formation / d'études a été effectuée, l'aménagement de la situation d'études / formation (adaptation des supports pédagogiques, mise en place des aides techniques, humaines, animalières et des moyens organisationnels) a été réalisé. L'insertion se concrétise à la date à laquelle la personne débute sa formation ou reprend ses études ou la date à laquelle l'entrée en formation ou la reprise d'études a été officiellement signifiée.

L'accompagnement de la personne dans la mise en œuvre de son projet professionnel pourra se poursuivre jusqu'à un an après la sortie de l'établissement de SSR.

4.8. LE SUIVI DE LA PERSONNE APRES LA MISE EN ŒUVRE DU PROJET

4.8.1. Définition

Il s'agit d'organiser un suivi du devenir socioprofessionnel de la personne qui a été insérée (= maintien dans l'emploi, reconversion professionnelle, entrée en formation, reprise d'études). Ce suivi est effectué par l'équipe de DPI qui va prendre contact avec la personne afin d'obtenir des informations sur son devenir depuis l'insertion. Cette démarche va notamment permettre d'évaluer les résultats de l'accompagnement socioprofessionnel réalisé par l'équipe de DPI.

Dans certaines situations, une période de sécurisation de l'insertion de six mois, après la concrétisation du projet, peut s'avérer nécessaire. Elle permet de :

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

La « sécurisation » du projet doit être réalisée en collaboration avec l'ensemble des parties prenantes au projet (notamment avec le médecin du travail dans le cas d'un maintien dans en emploi ou d'une reconversion professionnelle). Elle vise à prévenir une éventuelle désinsertion professionnelle secondaire, en facilitant l'identification et la mise en place des ajustements nécessaires.

4.8.2. Quelles sont les personnes suivies ?

Seules les personnes dont le projet d'insertion s'est concrétisé, dans les douze mois suivant la sortie de l'établissement de SSR, par un maintien en emploi, une reconversion professionnelle, une entrée en formation ou une reprise d'études, sont concernées par le suivi du devenir socioprofessionnel.

4.8.3. Quand et comment le suivi est-il organisé ?

Organisé par l'équipe de DPI, le suivi du devenir socioprofessionnel est réalisé sur 3 périodes : six mois, un an et deux ans après l'insertion.

Conçu sous forme de questionnaire, le suivi est effectué par appel téléphonique, par courrier électronique ou postal. Si l'un de ces modes ne convient pas en raison de la nature de la déficience sensorielle de la personne, une rencontre peut être programmée.

4.9. LA TRAÇABILITÉ DANS LE DOSSIER PATIENT DE LA PERSONNE

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

Dans le respect de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, il est recommandé que la traçabilité soit assurée tout au long du processus de DPI dans le dossier patient de la personne. Il est préconisé que les documents et données ci-dessous soient intégrés :

- 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 :
 - les résultats de toutes les évaluations réalisées
 - les comptes rendus des réunions pluridisciplinaires
 - les conclusions des différentes actions entreprises pour la construction et la mise en œuvre du projet (ex : compte rendu de visite, compte rendu de mise en situation, etc.),
 - les contacts pris avec un professionnel extérieur
- la copie des documents transmis aux acteurs extérieurs
- le motif d'arrêt du processus de DPI

Afin de favoriser la traçabilité et le suivi de la cohorte de patients, des critères d'entrée et de sortie ont été définis pour chaque étape du processus.

4.10. L'ARTICULATION AVEC LES DISPOSITIFS D'INSERTION EXTERIEURS A L'ETABLISSEMENT

Il est primordial que l'équipe de DPI travaille en étroite collaboration avec l'ensemble des acteurs, extérieurs à l'établissement de SSR, impliqués dans le parcours de la personne. Cette démarche permet de favoriser l'adhésion au projet par l'ensemble des parties prenantes.

Les articulations mises en place diffèrent selon la situation et les besoins exprimés par la personne. Par ailleurs, celles-ci ne peuvent être entreprises qu'avec son accord explicite et sous couvert du secret médical.

L'entreprise / L'employeur

L'entreprise intervient à deux niveaux :

- 1) En tant qu'employeur de la personne déficiente sensorielle, elle est l'interlocuteur privilégié de l'équipe de DPI 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, elle participe aux mises en situation professionnelle de la personne.

Il est recommandé que l'équipe de DPI entre en contact dès que possible avec l'employeur de la personne. Ce contact sera, néanmoins, toujours précédé d'une information téléphonique voire d'une rencontre avec le médecin du travail. Il est important que l'entreprise soit impliquée le plus tôt possible, afin qu'elle soit pleinement partie prenante du projet. Le partenariat mis en place avec l'entreprise permet notamment de favoriser les mises en situation professionnelle (il doit être veillé au respect du cadre réglementaire impliquant les couvertures assurantielles).

Des temps d'information et de sensibilisation auprès du collectif de travail peuvent également être organisés pour faciliter la réussite du projet.

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. Il est donc recommandé de l'informer, le plus précocement possible, de l'intégration de la personne au dispositif DPI (avec l'accord de cette dernière) et de l'associer au processus.

L'équipe 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, sont réalisées en collaboration avec le médecin du travail, l'entreprise, la personne et l'équipe de DPI.

Les médecins autres que médecin du travail

Par l'intermédiaire de la personne ou avec son accord, l'équipe de DPI 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 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 échanges d'informations, réalisés au bon moment et en accord avec la personne, conditionnent les prises de décisions et l'état d'avancement du processus d'accompagnement.

La MDPH / MDA

Afin de fluidifier le parcours des personnes accompagnées, il est recommandé de formaliser un partenariat avec les Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH) ou Maisons Départementales de l'Autonomie (MDA) situées sur le territoire géographique de l'établissement de SSR.

Les objectifs sont de :

- partager les modalités d'évaluation, afin que les évaluations menées au sein de l'établissement de SSR soient reconnues par la MDPH / MDA, et compatibles avec le Guide d'évaluation des besoins de compensation de la personne handicapée (GEVA)
- permettre la transmission et l'étude des évaluations menées au sein de l'établissement de SSR, afin de faciliter l'accès aux droits relevant de la compétence de la MDPH / MDA, le plus précocement possible

Les organismes de formation / l'école / L'université

Les liens avec les organismes de formation / les écoles ou les universités sont fondamentaux. Ils permettent, en accord avec la personne de :

- valider la faisabilité du projet
- valider l'accessibilité des lieux, et le cas échéant de proposer les aménagements nécessaires
- 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.)

Les opérateurs d'insertion

Les opérateurs diffèrent en fonction de la situation de la personne au regard de l'emploi et/ou la nature du projet d'insertion.

Le passage de relais auprès de ces opérateurs peut être réalisé dans différentes situations :

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

Les Services sociaux des organismes d'assurance maladie

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, participation au repérage de la personne en risque d'inaptitude, etc.

4.11. LES MOYENS HUMAINS ET MATERIELS A MOBILISER POUR METTRE EN ŒUVRE LA DPI

4.11.1. Quels sont les moyens humains ?

La DPI étant un processus d'accompagnement pleinement intégré au projet de soins de la personne hospitalisée, il est recommandé que chaque professionnel de l'établissement de SSR soit impliqué, dans son champ de compétence, dans le processus et contribue, a minima, à l'étape de repérage.

Il est fortement recommandé que l'établissement de SSR mette en place une équipe spécifiquement dédiée à la mise en œuvre de la DPI auprès des patients déficients sensoriels.

Compte tenu de la diversité des facteurs intrinsèques, extrinsèques et contextuels de la situation de la personne accompagnée, l'équipe de DPI requiert des compétences multiples et complémentaires qui reposent sur :

a. Les « Savoirs » :

- les connaissances médicales : diagnostiques, pronostiques et thérapeutiques
- les différents types de déficiences sensorielles 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 sensoriel
- les différentes étapes de prise en charge de la personne dans le processus de 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 le projet d'insertion socioprofessionnelle de la personne avec son état clinique
- utiliser les outils d'élaboration d'un projet socioprofessionnel ou de démarches de maintien dans l'emploi
- analyser et adapter une situation de travail
- travailler en interdisciplinarité
- coordonner le projet de DPI en collaboration avec l'ensemble des professionnels de l'établissement de SSR, d'une part, et en partenariat avec les professionnels du champ de l'emploi, de la formation ou études et du secteur médico-social, d'autre part.

Afin de mobiliser l'ensemble de ces compétences, il est fortement recommandé que l'équipe se compose, a minima, des compétences suivantes :

- Médecin Ophtalmologiste

Il accompagne la personne déficiente visuelle et/ou son entourage dans la préparation et l'organisation du retour ou de l'accès à l'emploi, de la formation et/ou des études. Il participe à la définition du projet d'insertion

socioprofessionnelle et à l'adaptation du poste de travail, en apportant l'éclairage médical nécessaire à la bonne adéquation entre l'état de santé de la personne et son projet professionnel.

- Médecin ORL

Il accompagne la personne déficiente auditive et/ou son entourage dans la préparation et l'organisation du retour ou de l'accès à l'emploi, de la formation et/ou des études. Il participe à la définition du projet d'insertion socioprofessionnelle et à l'adaptation du poste de travail, en apportant l'éclairage médical nécessaire à la bonne adéquation entre l'état de santé de la personne et son projet professionnel.

- Ergonome

Il accompagne la personne et son entourage dans la préparation et l'organisation du retour ou de l'accès au travail, de la formation et/ou des études. A ce titre, il/elle est amené(e) à se déplacer sur les lieux de travail, de formation et/ou d'études des personnes et à adapter, après évaluation et si nécessaire, la situation de travail.

- Ergothérapeute

Il accompagne la personne et/ou son entourage dans la préparation et l'organisation du retour à domicile et à la vie professionnelle. Il est amené à se déplacer sur les lieux de vie, de travail, de formation et/ou d'études des personnes accompagnées et à procéder, après évaluation et si nécessaire, à la mise en œuvre de solutions techniques de compensation du handicap, en lien avec l'ergonome de l'équipe de DPI.

- Psychologue spécialisé du travail

Il accompagne la personne et parfois son entourage dans la préparation et l'organisation du retour ou de l'accès à l'emploi, de la formation et/ou des études. Cet accompagnement dans l'élaboration d'un nouveau projet professionnel (reconversion professionnelle par exemple), avec ou sans formation, prend en compte les acquis professionnels, les connaissances et les capacités d'apprentissage, cognitives et fonctionnelles de la personne.

- Assistant(e) de service social

Dans le cadre de la prévention des risques de désinsertion socioprofessionnelle et de lutte contre les facteurs d'exclusion, l'assistant(e) de service social évalue la situation de la personne accueillie et/ou de son entourage et l'accompagne dans l'élaboration de son projet personnalisé (informations, accès aux droits...) et la préparation de sa sortie de l'établissement. Cet accompagnement se réalise en lien avec les réseaux des services sociaux (services de proximité et services spécialisés) et les Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH) / Maison Départementale de l'Autonomie (MDA).

- Secrétaire

Le/la secrétaire intégré(e) à l'équipe de DPI, assure les activités d'accueil (physique et téléphonique) des personnes (patients, entourage des patients, personnel de l'établissement, visiteurs), l'organisation et la planification des activités, réunions et déplacements, la gestion des dossiers-patients.

A noter que l'accompagnement peut nécessiter l'intervention d'autres compétences complémentaires venant renforcer celles de l'équipe de DPI (orthoptiste, opticien, orthophoniste, audioprothésiste, etc.)

La coordination est un point essentiel du processus de DPI ; elle s'établit à plusieurs niveaux :

- La coordination du projet de soins.

Cette coordination est assurée par le médecin ophtalmologue ou le médecin ORL, en fonction de la nature de la déficience sensorielle. Le médecin ophtalmologue / ORL s'inscrit, en effet, comme le référent du parcours de soins du patient. Il coordonne le parcours d'évaluation et de rééducation / réadaptation.

- La coordination du projet socioprofessionnel de la personne.

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

- La coordination de l'équipe de DPI.

Il est recommandé qu'un coordinateur puisse être identifié au sein de l'équipe de DPI, afin d'assurer les missions visant :

- l'articulation des actions menées par les membres de l'équipe de DPI et celles menées en lien avec l'équipe pluridisciplinaire. Pour ce faire, il est important que des temps de synthèse pluridisciplinaire puissent être organisés régulièrement, par l'équipe de DPI (si possible de façon hebdomadaire), afin de faire un point sur les accompagnements en cours. En parallèle, il est essentiel qu'à minima un professionnel de l'équipe de DPI puisse participer aux synthèses de 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 commission médicale d'établissement.

Enfin, il est préconisé que l'activité de DPI soit identifiée dans le projet d'établissement et le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de moyens (CPOM) et que l'équipe DPI soit pleinement intégrée au projet de soins de la structure SSR.

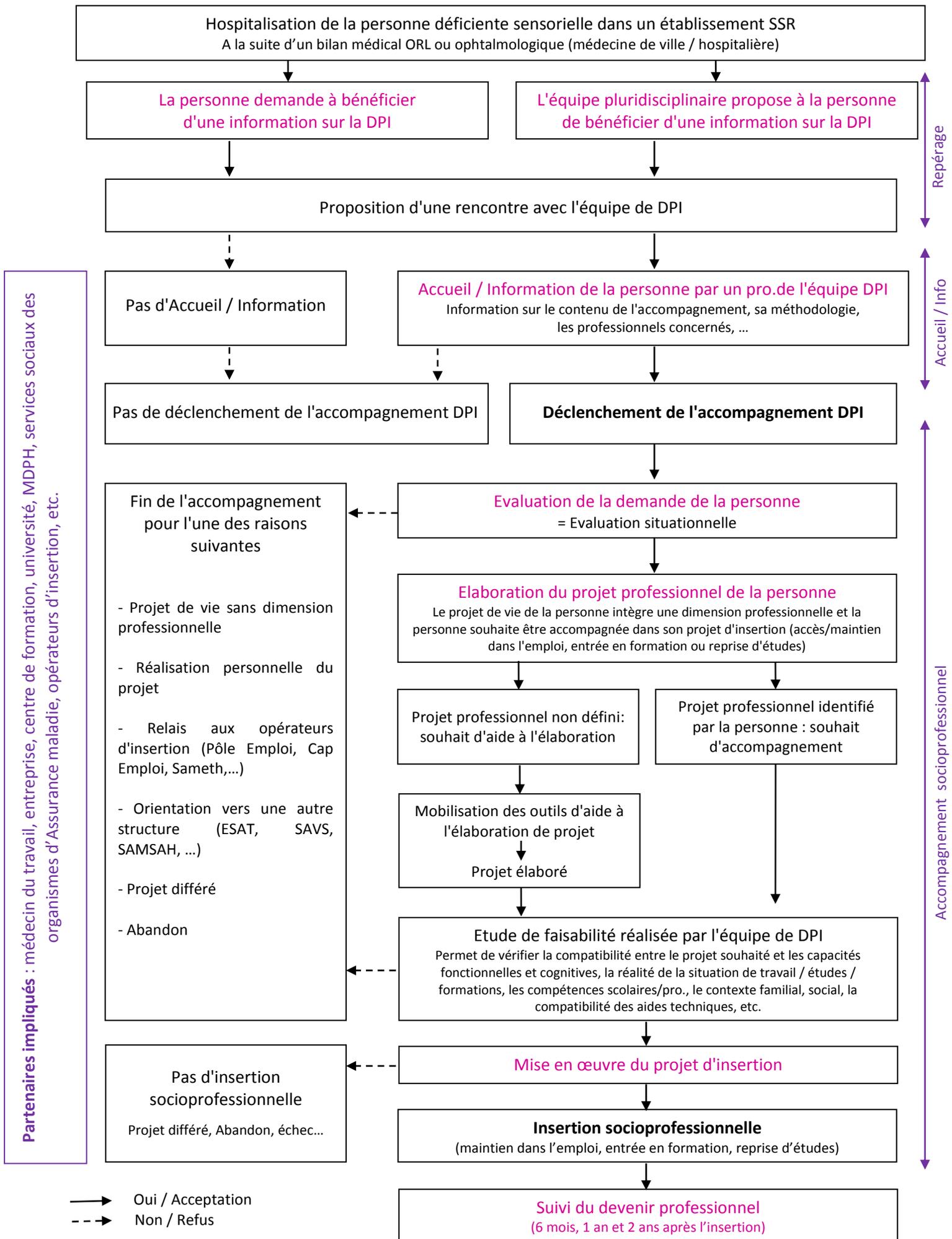
4.11.2. Quels sont les moyens matériels ?

Afin d'assurer une mise en œuvre optimale du processus de DPI auprès des patients de l'établissement de SSR, des moyens matériels, organisationnels et financiers (investissement et fonctionnement) sont requis.

L'équipe de DPI doit ainsi disposer de :

- locaux clairement identifiés et implantés dans l'établissement de SSR
- matériel informatique y compris une boîte de courrier électronique, et d'une ligne téléphonique
- moyens permettant d'assurer la traçabilité et le suivi de l'activité, notamment avec le dossier de DPI intégré au dossier du patient
- moyens liés aux déplacements (en entreprise/université/centre de formation, rencontres partenaires extérieurs, etc.)
- moyens nécessaires à l'accès aux informations : internet, documentation écrite, participation à des colloques, congrès.

4.12. SCHEMA GENERAL DU PROCESSUS A METTRE EN PLACE



BIBLIOGRAPHIE

Enquête « Handicap et Santé auprès des ménages », INSEE, 2008.

« Une mauvaise santé augmente fortement les risques de perte d'emploi ». F. Jusot et al. Santé et protection sociale – édition 2006.

« Les parcours professionnels des personnes ayant une reconnaissance administrative de leur handicap ». DARES. Juin, 2011.

« Aptitude et inaptitude médicale au travail : diagnostic et perspectives », Hervé Gosselin, janvier 2007.

« Maladie, invalidité et travail : garder le cap dans un contexte de ralentissement de l'activité économique », OCDE, 2009.

Article 2 de la LOI n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. « Constitue un handicap [...] toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant ».

Article 2 - Décret n° 2008-377 du 17 avril 2008 relatif aux conditions d'implantation applicables à l'activité de soins de suite et de réadaptation.

Recommandation pour la pratique clinique « La 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 ». Haute Autorité de Santé, juillet 2011.

« Le devenir professionnel des personnes suivies par les équipes comète ayant une démarche précoce d'insertion intégrées dans les établissements ou services sanitaires de Médecine Physique Réadaptation CRÉDOC, 2004.

Norme AFNOR n° NF S99-137 – Novembre 2004

Livre blanc sur l'indemnisation du dommage corporel, Association française de l'assurance, avril 2008

Document consultable sur le site internet de l'AFA : [www.assfass.fr/webassfass/assfass.nsf/html/livre-blanc-sur-l-indemnisation-du-dommage-corporel/\\$file/Livre_Blanc-corporel.pdf](http://www.assfass.fr/webassfass/assfass.nsf/html/livre-blanc-sur-l-indemnisation-du-dommage-corporel/$file/Livre_Blanc-corporel.pdf)

Rapport triennal de l'Observatoire national sur la formation, la recherche et l'innovation sur le handicap – Rapport à la ministre des Solidarités et de la Cohésion sociale, La documentation française, avril 2011

Document consultable sur le site internet de la Documentation française : www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/114000304/0000.pdf

« Les personnes ayant un handicap visuel – Les apports de l'enquête Handicaps – Incapacités - Dépendance », Etudes et Résultats N°416 – DREES, Juillet 2005

Cécité et déficience visuelle, OMS – Publié en octobre 2013 (consulté le 8 juillet 2014). Disponible sur www.who.int/mediacentre/factsheets/fs282/fr

August Colenbrander (consulté le 8 juillet 2014). Disponible sur www.ski.org/Colenbrander/

« Vivre avec des difficultés d'auditions », Dossier Solidarité et Santé N°52 – DREES, Février 2014

Droit au savoir. Disponible sur :

www.droitau savoir.asso.fr/index.php?option=com_content&view=article&id=12&Itemid=17

Les acouphènes : définition, causes, effets, Ameli – Mis à jour le 3 avril 2014 (consulté le 8 juillet 2014). Disponible sur : www.ameli-sante.fr/acouphenes/les-acouphenes-definition-causes-effets.html

Hyperacousie, Hyperacousie Québec (consulté le 8 juillet 2014). Disponible sur : <http://hyperacousie.jimdo.com/l-hyperacousie/d%C3%A9finition-de-la-wikip%C3%A9dia/>

Etudes quantitative sur le handicap auditif à partir de l'enquête « Handicap-Santé », Document de travail – Série études et recherches – Drees, N°131 – Août 2014 : www.drees.sante.gouv.fr/etude-quantitative-sur-le-handicap-auditif-a-partir-de-l-11341.html

« L'insertion professionnelle des travailleurs aveugles et sourds : les paradoxes du changement technico-organisationnel » - Revue française des affaires sociales, 2004/3 (n°3) : www.cairn.info/resume.php?ID_ARTICLE=RFAS_043_0063

« Le rapport à la santé des personnes sourdes et malentendantes, quelles spécificités ? », Evolutions – Résultats d'études et de recherches en prévention et en éducation pour la santé– Inpes, N° 25 – Avril 2012

Schéma Régional d'Organisation Sanitaire 2006-2010, Agence régionale de l'hospitalisation des Pays de la Loire. Site internet ARS Pays de la Loire : www.ars.paysdelaloire.sante.fr/Projet-regional-de-sante.107789.0.html

Enquête Handicaps-Incapacités-Dépendance auprès des personnes vivant en domicile ordinaire en 1999, C. Goillot et P. Mormiche, Résultats N°6 – INSEE, Septembre 2002
Document consultable sur le site internet de l'INSEE : www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/irsoc006.pdf

Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, aussi appelée loi Kouchner

Classification International du Fonctionnement du handicap et de la santé (CIF), OMS, 2001

Rapport d'activité national 2015 de l'association Comète France

Rapport d'activité 2013 du Centre Régional Basse vision, Troubles de l'Audition d'Angers



Octobre 2016

Travaux soutenus par



La Fondation du Groupe Matmut