



Inspection générale
des affaires sociales
RM2011-152P

Organisation et financement des actions de préparation et d'accompagnement de la réinsertion professionnelle des patients hospitalisés en soins de suite et de réadaptation

RAPPORT

Établi par

Patrick BROUDIC
Conseiller général des établissements de santé

- Octobre 2011 -

Synthèse

- [1] Par courrier en date du 2 mars 2011, la directrice générale de l'offre de soins a demandé à l'inspection générale des affaires sociales de conduire une étude sur l'activité des équipes COMETE (COMMunication, Environnement-Tremplin pour l'Emploi) qui assurent dans certains établissements et services de médecine physique et de réadaptation une prise en charge précoce de l'avenir professionnel des personnes handicapées hospitalisées, dans la perspective de construire un projet professionnel susceptible d'être mis en œuvre à la sortie de l'hospitalisation.
- [2] La demande de la DGOS s'inscrit dans le nouveau cadre réglementaire, défini par le décret du 17 avril 2008 qui a fait de la préparation et de l'accompagnement de la réinsertion professionnelle (PARP) une mission à part entière des activités de soins de suite et de réadaptation (SSR) qui seront progressivement financées, à partir de 2012, par tarification à l'activité.
- [3] Le programme Comete a été initié au début des années 1990 pour favoriser la « démarche précoce d'insertion ». En 2011, il concerne 35 établissements pour un coût global de près de 9 M€ Le financement est assuré à 55% par les dotations hospitalières, à 45% par l'AGEFIPH et le FIPHFP.
- [4] La conduite du programme fait apparaître un réel effort de formalisation. L'association nationale COMETE France s'est attachée à inscrire la « démarche précoce d'insertion » (DPI) dans des référentiels. La composition des équipes COMETE, les modalités de financement et le contenu des actions sont précisément décrits dans un accord-cadre triennal qui définit également le contenu de compte rendus annuels d'activité des équipes. Le fonctionnement des équipes visitées dans le cadre de l'étude est apparu globalement conforme aux prescriptions de ces différents documents.
- [5] Deux études d'évaluation ont été réalisées par le CREDOC en 2004 et 2007. En 2007, une étude de coûts a été réalisée par l'association nationale selon une méthodologie définie par les organismes financeurs réunis au sein d'un comité national de pilotage. Elle a été renouvelée en 2011 pour les besoins de la présente étude. La conduite du programme fait apparaître un réel effort de formalisation et le fonctionnement des équipes est apparu conforme aux règles définies par l'accord-cadre.
- [6] L'association nationale organise chaque année deux rencontres entre les équipes sur un thème particulier. Un transfert de compétences et de savoir-faire s'opère entre équipes au bénéfice des équipes nouvellement constituées. Il faut cependant souligner que les efforts de l'association nationale pour faire reconnaître la DPI ne trouvent que partiellement leur traduction dans la fourniture d'un appui technique pour guider les professionnels : l'élaboration et la diffusion d'outils de travail, tels des conventions types avec les partenaires, des fiches techniques d'intervention, des outils de suivi de l'activité, n'apparaissent pas une préoccupation de l'association. Les importants écarts de productivité constatés entre les équipes peuvent être, au moins partiellement, imputables à ce défaut d'appui technique
- [7] Le dispositif d'insertion professionnelle des personnes handicapées est d'une grande complexité et le paysage institutionnel foisonnant : la politique du handicap relève de plusieurs autorités de planification et, si les Maisons départementales des personnes handicapées ont été positionnées par la loi de 2005 comme l'interlocuteur unique pour l'instruction des dossiers et pour la prescription de prestations, leur création n'a pas remis en cause le rôle spécifique que jouent l'AGEFIPH et le FIPHFP dans la mise en œuvre de la politique d'emploi des personnes handicapées. Il existe aussi une importante diversité de structures de prise en charge, inégalement réparties sur le territoire.

- [8] C'est dans ce contexte foisonnant que doit être envisagé le rôle des structures de SSR au regard des dispositions du décret de 2008. L'intervention des médecins, mais aussi des autres professionnels de la médecine physique et de réadaptation (masseurs-kinésithérapeute, ergothérapeutes, neuro-psychologues, professeurs d'activités physiques adaptées...) permet de mettre en œuvre un programme de réadaptation dans lequel sont menées de front, au rythme de chaque patient, les activités de rééducation, l'évaluation des capacités, l'installation éventuelle d'un appareillage, l'élaboration d'un projet professionnel et la préparation de la sortie (adaptation du logement et de la voiture, montage des dossiers administratifs ...).
- [9] Seul un patient sur dix hospitalisés en SSR est, de par son âge et son état de santé, « éligible » à ces actions. En 2009, les 102 104 patients éligibles ont été hospitalisés dans 1251 établissements différents, mais seulement 120 établissements en ont accueilli plus de 250. C'est à l'échelle de ces 120 établissements que pourraient être organisées des équipes pluridisciplinaires susceptibles d'intervenir dans plusieurs établissements à l'échelle de territoires dont les contours devraient être définis dans les volets SSR des schémas régionaux d'organisation des soins.
- [10] Compte tenu de la complexité du dispositif d'insertion professionnelle des personnes handicapées et de l'hétérogénéité du maillage territorial, il est souhaitable que soit organisé un dispositif de coordination à l'échelle de chacun de ces territoires sur la base d'un document d'orientation préparé conjointement par la DIRECCTE et l'ARS. Ce doit être un dispositif léger qui pourrait prendre la forme de la désignation d'un chef de file.
- [11] Les actions de préparation et d'accompagnement de la réinsertion professionnelle (PARP) sont aux termes du décret du 17 avril 2008 une activité à part entière des structures de SSR. Cette disposition réglementaire doit trouver sa traduction dans la tarification à l'activité par un financement des actions de PARP dans le compartiment « activité » et non au titre des missions d'intérêt général.
- [12] La nécessité de concentrer les moyens d'intervention sur un nombre limité d'équipes multidisciplinaires s'accorde mal avec un financement exclusivement lié aux séjours. Il serait par conséquent souhaitable de définir un modèle de financement mixte, s'inspirant du financement de l'accueil des urgences : un financement des équipes par un forfait constitué d'un socle correspondant à un nombre minimal de prises en charge et augmentant en fonction de tranches supplémentaires ; un financement direct des actes de réinsertion.
- [13] En l'état actuel d'élaboration du nouveau catalogue des actes de SSR (CSARR), les actions de PARP n'y figurent pas de manière explicite, alors même qu'elles étaient décrites avec une grande précision dans la précédente nomenclature (CdARR). Ceci doit être corrigé : faute de les inclure dans le catalogue des actes, les actions de PARP ne seront pas prises en compte dans le PMSI et seront de ce fait exclues du financement à l'activité. Pour la même raison, il est nécessaire de prendre en compte les actions de PARP dans l'étude nationale de coûts à méthodologie commune (ENCc).
- [14] Le financement des actions de PARP par l'AGEFIPH et le FIPHFP devrait être maintenu, dans le cadre de conventions locales avec les établissements de santé dotées d'équipe de réinsertion, pour des actions conduites par les équipes hospitalières postérieurement au séjour en SSR quand le dispositif de droit commun ne garantit pas que soit assurée la continuité de l'accompagnement.
- [15] Il est souhaitable de maintenir l'existence d'un organisme technique, rôle actuellement joué par l'association COMETE France. Une mise en concurrence doit être faite dans le cadre d'un appel à projet, en se donnant la possibilité de retenir deux structures pour accompagner la création de nouvelles équipes hospitalières de réinsertion.

Sommaire

SYNTHESE	3
INTRODUCTION	7
1. LA REINSERTION PROFESSIONNELLE, UNE COMPOSANTE MAJEURE DU DROIT DE LA PERSONNE HANDICAPEE A UNE PARTICIPATION PLEINE ET ENTIERE A LA VIE EN SOCIETE	8
1.1. <i>L'insertion professionnelle des personnes handicapées : des parcours et un accompagnement diversifiés au bénéfice de populations aux caractéristiques différentes.....</i>	8
1.2. <i>La réinsertion professionnelle : une mission à part entière de l'activité de soins de suite et de réadaptation.....</i>	9
1.3. <i>Une mission peu prise en compte dans la planification des activités de soins.....</i>	10
1.4. <i>La politique d'insertion professionnelle des personnes handicapées : une politique transversale dont les instruments sont d'une grande complexité.....</i>	11
1.4.1. Une politique transversale qui relève de plusieurs autorités	11
1.4.2. Une organisation et des instruments d'une grande complexité.	11
2. LE PROGRAMME COMETE : DES ACTIONS A LA JONCTION DE LA POLITIQUE DE SANTE, DE LA POLITIQUE SOCIALE ET DE LA POLITIQUE DE L'EMPLOI.	16
2.1. <i>Un programme qui a vingt ans d'existence et dont l'ampleur s'est accrue au fil des ans ..</i>	16
2.2. <i>Une démarche fondée sur la mobilisation précoce.....</i>	16
2.2.1. Une démarche inscrite dans des référentiels.....	17
2.2.2. Une démarche qui valorise les apports conjugués du regard médical sur le patient, de l'évaluation du handicap et de la connaissance des problématiques de l'emploi	17
2.3. <i>Un programme structuré</i>	18
2.3.1. Un schéma d'intervention précisément défini	18
2.3.2. Une association nationale qui assure l'animation du programme	18
2.3.3. ... mais qui intervient peu dans le fonctionnement des équipes hospitalières.....	19
2.3.4. Une charte associative qui affiche une philosophie de prise en charge.....	20
2.3.5. Une évaluation réalisée au travers d'études successives et qui devrait faire l'objet d'un processus protocolisé.....	20
2.4. <i>Un programme piloté par les organismes financeurs.....</i>	21
2.4.1. Un financement mixte par des crédits d'assurance maladie et par les fonds pour l'emploi des travailleurs handicapés	21
2.4.2. Des accords-cadres triennaux	22
2.4.3. Un comité de pilotage qui se réunit régulièrement.....	23
2.4.4. Une connaissance ponctuelle du coût des interventions qui permet de constater des écarts importants de productivité entre les équipes COMETE	23
3. LE SCHEMA DE GENERALISATION DES ACTIONS DE PREPARATION ET DE ACCOMPAGNEMENT DE LA REINSERTION PROFESSIONNELLE DANS LES STRUCTURES DE SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION	24
3.1. <i>Les modalités de généralisation des actions de préparation et d'accompagnement de la réinsertion professionnelle dans les structures de SSR.....</i>	24
3.1.1. La population et les établissements concernés	24
3.1.2. La constitution d'équipes pluridisciplinaires.....	28
3.2. <i>La prise en compte des actions de PARP initiées en dehors du programme COMETE.....</i>	28

3.3. <i>La coordination entre les autorités de planification</i>	30
4. LA DEFINITION D'UN MODELE DE FINANCEMENT DES ACTIONS DE PREPARATION ET D'ACCOMPAGNEMENT A LA REINSERTION PROFESSIONNELLE	32
4.1. <i>La répartition des financements entre assurance maladie et fonds professionnels est fondée sur des distinctions fragiles</i>	32
4.1.1. Le principe d'un cofinancement des actions de PARP ne doit pas être considéré comme intangible.....	32
4.2. <i>Les actions de PARP sont peu prises en compte dans les travaux relatifs à la T2A SSR</i>	33
4.2.1. Quatre « compartiments » ont été définis.....	33
4.2.2. L'entrée en vigueur de la T2A se fera en deux temps	33
4.2.3. Les actions de PARP sont globalement absentes des travaux préparatoires	33
4.3. <i>Plusieurs options sont envisageables pour le financement des actions de PARP dans le cadre de la T2A SSR</i>	35
4.3.1. L'intégration aux tarifs	35
4.3.2. Un modèle mixte inspiré du financement de l'accueil des urgences.....	36
4.3.3. L'identification d'une « mission d'intérêt général »	37
4.3.4. La contribution financière de l'AGEFIPH et du FIPHFP : éviter un transfert de charges vers l'assurance maladie	38
4.4. <i>Un encadrement technique des équipes de réinsertion est nécessaire</i>	39
LES RECOMMANDATIONS DE LA MISSION	41
ANNEXE N°1 : LETTRE DE SAISINE	43
ANNEXE N° 2 : PERSONNES RENCONTREES	45
ANNEXE N°3 : ACRONYMES UTILISES	49
ANNEXE N°4 : LES ACTEURS DE LA POLITIQUE D'INSERTION PROFESSIONNELLE DES PERSONNES HANDICAPEES	51
ANNEXE N°5 : UN FONCTIONNEMENT DES EQUIPES COMETE GLOBALEMENT CONFORME AU MODELE DEFINI PAR L'ASSOCIATION NATIONALE.	57
ANNEXE N°6 : ETUDES SUR LE DEVENIR LES PERSONNES SUIVIES PAR LES EQUIPES COMETE REALISEES PAR LE CREDOC EN 2004 ET EN 2007	61
ANNEXE N°7 : MODALITES DE FINANCEMENT DU PROGRAMME COMETE	63
ANNEXE N°8 : MESURE DU COUT DES INTERVENTIONS DES EQUIPES COMETE	65
ANNEXE N°9 : CORRESPONDANCE DES ACTIONS DE PREPARATION ET D'ACCOMPAGNEMENT DE LA REINSERTION PROFESSIONNELLE ENTRE LE CDARR, LES ACCORDS CADRE COMETE-AGEFIPH-FIPHFP ET L'ETUDE DE COUTS DE 2007	69

INTRODUCTION

- [16] Par courrier en date du 2 mars 2011, la directrice générale de l'offre de soins a demandé à l'inspection générale des affaires sociales de conduire une étude sur l'avenir des équipes COMETE (COMmunication, Environnement-Tremplin pour l'Emploi) qui assurent depuis 1991 dans les établissements et services de médecine physique et de réadaptation une prise en charge précoce de l'avenir professionnel des personnes handicapées hospitalisées, dans la perspective de construire un projet professionnel susceptible d'être mis en œuvre à la sortie de l'hospitalisation.
- [17] Le chef de l'IGAS a confié la réalisation de cette mission à Patrick BROUDIC, conseiller général des établissements de santé. Elle a consisté dans une étude documentaire du cadre juridique, administratif et financier du dispositif de préparation et d'accompagnement à la réinsertion professionnelle au regard de la politique hospitalière et de la politique d'insertion professionnelle des personnes handicapées, suivie d'entretiens avec les acteurs de ces politiques et d'enquêtes dans 4 régions – Bourgogne, Bretagne, Haute-Normandie et Pays de Loire – avec des entretiens avec des acteurs locaux et des visites de six établissements participant au programme COMETE et de deux autres établissements. Les entretiens et visites ont eu lieu au cours des mois de mai, juin et juillet 2011.
- [18] Le décret du 17 avril 2008 a défini un nouveau cadre réglementaire qui a fait de la préparation et de l'accompagnement de la réinsertion professionnelle une mission à part entière des activités de soins de suite et de réadaptation (SSR). Le passage des activités de SSR à la tarification à l'activité doit se faire progressivement à partir de 2012. C'est ce nouveau contexte qui a conduit la DGOS à demander la réalisation de cette étude, afin de préparer un repositionnement de l'offre spécifique COMETE et d'examiner les solutions de financement des activités de réinsertion professionnelle des structures de SSR.
- [19] La mise en conformité de l'activité de soins de suite et de réadaptation avec les dispositions du décret du 17 avril 2008 doit conduire à la généralisation des actions d'insertion professionnelle. Celle-ci pose une série de questions auxquelles le présent rapport s'attachera à apporter des éléments de réponse.
- [20] La première question est celle du rôle spécifique des structures de SSR dans la politique de l'emploi des handicapés. La réponse à cette question passe par l'analyse d'un domaine, celui de la politique de prévention de la désinsertion et de réinsertion professionnelle des personnes handicapées, dans lequel l'intervention publique est d'une grande complexité. Elle conduit à examiner le contexte dans lequel la généralisation des actions de préparation et d'accompagnement de la réinsertion professionnelle des patients hospitalisés en SSR est susceptible d'être organisée
- [21] La deuxième question est celle de savoir si le modèle d'intervention du programme Comete – la démarche précoce d'insertion – a une validité suffisante pour être généralisé. Ce modèle sera examiné sous ses différents aspects : structuration des équipes, méthodes d'intervention, coût, efficacité des actions
- [22] La troisième question porte sur les modalités du financement des actions. Cette question doit être abordée sous un double aspect : la prise en compte des actions de réinsertion dans le modèle de tarification à l'activité ; les responsabilités respectives de l'assurance maladie, d'une part, des fonds pour l'emploi, d'autre part.

1. LA REINSERTION PROFESSIONNELLE, UNE COMPOSANTE MAJEURE DU DROIT DE LA PERSONNE HANDICAPEE A UNE PARTICIPATION PLEINE ET ENTIERE A LA VIE EN SOCIETE

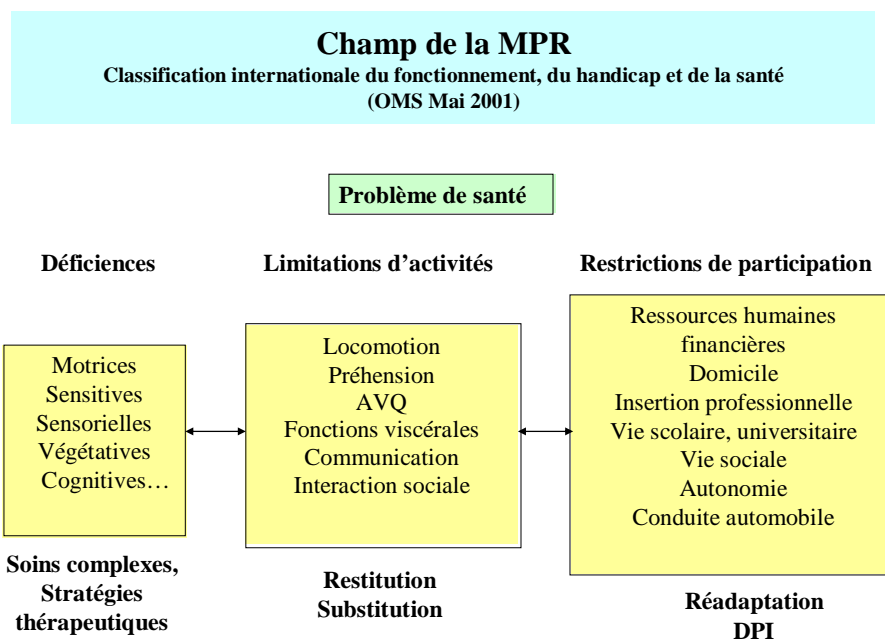
1.1. L'insertion professionnelle des personnes handicapées : des parcours et un accompagnement diversifiés au bénéfice de populations aux caractéristiques différentes

- [23] Schématiquement, il est possible de distinguer dans la relation à l'emploi des personnes handicapées trois populations différentes.
- [24] La première concerne les personnes dont le handicap est survenu à la naissance ou pendant leur enfance. Il s'agit pour ces personnes de s'insérer sur le marché du travail. Ces personnes et leurs familles sont généralement familiarisées avec les institutions du handicap. Leur handicap est bien connu et leurs capacités professionnelles ont été évaluées. Pour ces personnes les services des opérateurs emploi sont essentiels, de même que les prestations spécifiques de l'AGEFIPH pour renforcer leur employabilité.
- [25] La seconde catégorie est celle des personnes confrontées à un problème de santé, généralement évolutif, qui affecte leur capacité de travail mais n'impose pas une hospitalisation. C'est le cas des personnes qui souffrent de troubles musculo-squelettiques ou de maladies invalidantes comme la sclérose en plaques. La problématique de la prévention de la désinsertion professionnelle est pour eux essentielle. La dégradation de leurs capacités de travail est généralement progressive. Pour ces personnes, le rôle de la médecine du travail et de l'assurance maladie est essentiel.
- [26] La troisième est celle des personnes dont les capacités de travail sont brutalement affectées par un accident de santé qui a entraîné une période d'hospitalisation. C'est à cette population que s'adresse de manière privilégiée la préparation et l'accompagnement à la réinsertion professionnelle (PARP) dans les structures de SSR, formalisée jusque là dans le programme COMETE sous le nom de démarche précoce d'insertion (DPI).
- [27] Il s'agit d'une population constituée de personnes qui ont eu un parcours plus ou moins long dans une vie professionnelle active qui a contribué à structurer leur personnalité. Leur confrontation brutale à un handicap qui altère leurs capacités à poursuivre leurs activités professionnelles, constitue un traumatisme qui se superpose aux déficiences qui caractérisent leur handicap et les conduisent à considérer le retour à l'emploi comme une difficulté insurmontable. Les actions de préparation et d'accompagnement de la réinsertion professionnelle ont pour finalité de soutenir leur mobilisation, de les aider à assimiler les adaptations nécessaires à la reprise de leur activité antérieure ou à se réorienter sur un autre emploi. Ces actions ont également pour objet de les accompagner dans les phases de retour à l'emploi et de consolidation dans leur nouvelle situation.
- [28] La distinction en trois catégories des populations concernées par la politique d'insertion professionnelle des personnes handicapées est sommaire et est loin de rendre compte de la diversité des situations et des itinéraires. La situation de chaque personne est la résultante de l'interrelation entre quatre séries de dimensions : la nature du handicap (auditif, visuel, locomoteur, cognitif, douleurs chroniques ...) sa gravité, le métier (niveau de qualification, contraintes physiques ou cognitives du métier ...), et la situation à l'égard de l'emploi (recherche d'un premier emploi ou d'un nouvel emploi en lien avec le handicap, arrêt de travail, risque d'inaptitude ...). On peut aussi établir une distinction au regard de la situation administrative selon que les personnes sont ou non reconnues en qualité de travailleurs handicapés.

1.2. La réinsertion professionnelle : une mission à part entière de l'activité de soins de suite et de réadaptation

- [29] La Haute Autorité de Santé¹, considère que les actions en vue de la réinsertion sociale et professionnelle des personnes victimes d'un handicap acquis font partie intégrante des standards de la prise en charge en soins de suite et de réadaptation. La HAS définit la réadaptation comme « *discipline scientifique pluridisciplinaire (sic) ... qui se pratique au sein d'équipes spécialisées qui utilisent au mieux les ressources offertes par les moyens de la rééducation fonctionnelle, de la réinsertion sociale et du **reclassement scolaire ou professionnel*** ». Dans le même document, la HAS reprend la définition que fait des soins de suite et de réadaptation la Fédération française de médecine physique et de réadaptation (FEDMER) : « *Les SSR ont pour mission de coordonner et de mettre en œuvre tous moyens visant à prévenir ou réduire au minimum inévitable les conséquences fonctionnelles, physiques, psychologiques, **sociales et économiques** des déficiences et des incapacités* ».
- [30] Le schéma ci-dessous² permet de visualiser le champ de la médecine physique et de réadaptation qui est la spécialité médicale correspondant à l'activité des structures de soins de suite et de réadaptation.

Schéma 1 :



Source : CHRU de Nantes

¹ Les soins de suite et de réadaptation – Fiche thématique - ANAES – Direction de l'accréditation – Service Etudes et Développement – Février 2004

² Extrait d'un document réalisé l'équipe COMETE du CRHU de Nantes. Il a été présenté dans le cadre de la visite faite au CHRU de Nantes dans le cadre de la présente étude

- [31] L'article R 6123-118 du code de la santé publique dans sa rédaction du décret du 17 avril 2008 soumet l'autorisation d'exercer l'activité de soins de suite et de réadaptation à la capacité de l'établissement à assurer :

« 1° Les soins médicaux, la rééducation et la réadaptation afin de limiter les handicaps physiques, sensoriels, cognitifs et comportementaux, de prévenir l'apparition d'une dépendance, de favoriser l'autonomie du patient ;

« 2° Des actions de prévention et l'éducation thérapeutique du patient et de son entourage;

« 3° **La préparation et l'accompagnement à la réinsertion familiale, sociale, scolaire ou professionnelle.** »

- [32] Depuis la publication de ce texte, la préparation et l'accompagnement de la réinsertion, notamment professionnelle, constituent, sans ambiguïté, une mission à part entière des structures de soins de suite et de réadaptation. Le pouvoir réglementaire a ainsi voulu mettre un accent particulier sur cette mission qui, en toute rigueur, est incluse dans le concept de réadaptation qui figure au 1° du même article. Par cette rédaction redondante, il a entendu souligner que l'activité des structures de soins de suite et de réadaptation ne se limitait pas à la rééducation des fonctions corporelles ou cognitives, mais que ses missions s'étendent à la préparation, mais aussi à l'accompagnement du patient pour favoriser sa réinsertion sociale et professionnelle.

1.3. Une mission peu prise en compte dans la planification des activités de soins

- [33] Le pouvoir réglementaire a entendu conditionner la délivrance des autorisations d'activités de soins de suite et de réadaptation à la prise en charge de la réinsertion. Force est pourtant de constater que la dimension de l'activité de SSR ne tient que très peu de place dans les volets SSR des schémas régionaux d'organisation sanitaire, révisés à la suite de la parution du décret du 17 avril 2008. La revue sur le site Parthage des volets SSR des schémas régionaux d'organisation de sanitaire de 9 régions³ met en évidence que trois d'entre eux ne font pas mention de la réinsertion professionnelle et que trois autres y font simplement référence. Les trois derniers ont font un véritable objectif, deux citant explicitement le programme COMETE.
- [34] De nouvelles autorisations d'activité de SSR ont été délivrées en 2010. Dans les cahiers des charges définissant le contenu des dossiers de demande d'autorisation ne figurent qu'exceptionnellement la préparation et à l'accompagnement à la réinsertion familiale, sociale, scolaire ou professionnelle.
- [35] Le guide méthodologique élaboré par la DGOS pour la préparation des futurs schémas régionaux d'organisation des soins⁴ pointe dans son volet « soins de suite et de réadaptation » la nécessité de favoriser « *la fluidité des parcours par une analyse des complémentarités, au sein des territoires de santé, entre l'offre de SSR, les acteurs participant à la prise en charge à domicile (qu'ils soient sanitaires ou médico-sociaux), les établissements et services médico-sociaux et les acteurs sociaux (aides à domicile, portage de repas...etc.)* »,
- [36] La préparation et l'accompagnement à la réinsertion familiale, sociale, scolaire ou professionnelle ne sont donc abordés dans ce document que sous l'angle de la fluidité du parcours hospitalier, sans référence à des objectifs de réinsertion.
- [37] Ainsi l'accent mis par le décret du 17 avril 2008 sur la réinsertion n'a trouvé que peu de traduction concrète dans le dispositif régional de régulation des activités de soins de suite et de réadaptation.

³ Aquitaine, Bretagne, Bourgogne, Haute-Normandie, Ile de France, Lorraine, Midi-Pyrénées, Pays de Loire et Picardie.

⁴ Circulaire DGOS/R5/2011/74 du 24 février 2011 relative au guide méthodologique d'élaboration du schéma régional d'organisation des soins (SROS-PRS)

[38] Ce constat est révélateur de la difficulté que connaissent les autorités sanitaires, malgré le nouveau cadre réglementaire, à prendre en compte cette mission, alors même qu'elle a été très présente dans l'histoire du développement des structures de rééducation fonctionnelle. Beaucoup d'entre elles ont en effet été créées dans les années 1960 et 1970 sous l'impulsion de la branche accidents du travail de l'assurance-maladie, dont un objectif explicite était le reclassement professionnel des personnes victimes d'un accident du travail.

1.4. La politique d'insertion professionnelle des personnes handicapées : une politique transversale dont les instruments sont d'une grande complexité

1.4.1. Une politique transversale qui relève de plusieurs autorités

[39] Les compétences dans le domaine de la prise en charge du handicap sont partagées entre l'Etat, garant de l'égalité de traitement des personnes handicapées sur l'ensemble du territoire et qui a la responsabilité de définir des objectifs pluriannuels d'actions, et le Département chargé de définir et de mettre en œuvre la politique d'action sociale.

[40] A l'échelon national les compétences dans le domaine de l'insertion professionnelle des personnes handicapées relèvent de trois directions d'administration centrale – la délégation générale à l'emploi et à la formation professionnelle, la direction générale de la cohésion sociale et la direction générale de l'offre de soins – dont les préoccupations, les cultures et les champs d'action sont très différents. Interviennent également l'Assurance maladie, la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, ainsi que l'AGEFIPH et le FIPHFP ; les orientations de ces différentes structures sont définies dans les contrats qui les lient à leurs ministères de tutelle, mais elles ont une importante marge d'autonomie dans les modalités de leur mise en œuvre.

[41] Trois autorités distinctes ont la responsabilité d'élaborer des documents de planification relatifs à la politique du handicap dans lesquels doit nécessairement figurer un volet relatif à l'insertion professionnelle. Les DIRECCTE sont responsables de l'élaboration des plans régionaux pour l'insertion des travailleurs handicapés. Les présidents des conseils généraux sont compétents pour arrêter des schémas relatifs aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie. Les directeurs généraux des agences régionales de santé sont en charge de l'élaboration des projets régionaux de santé. La question du handicap figure parmi les priorités des plans stratégiques régionaux de santé (PSRS) qui se déclineront en schémas régionaux d'organisation des soins et en schémas régionaux d'organisation médico-sociale.

[42] L'élaboration et la mise en œuvre d'une politique cohérente d'insertion professionnelle des personnes handicapées sont dépendantes de la volonté et de la capacité de tous les acteurs à s'accorder dans la poursuite d'objectifs communs.

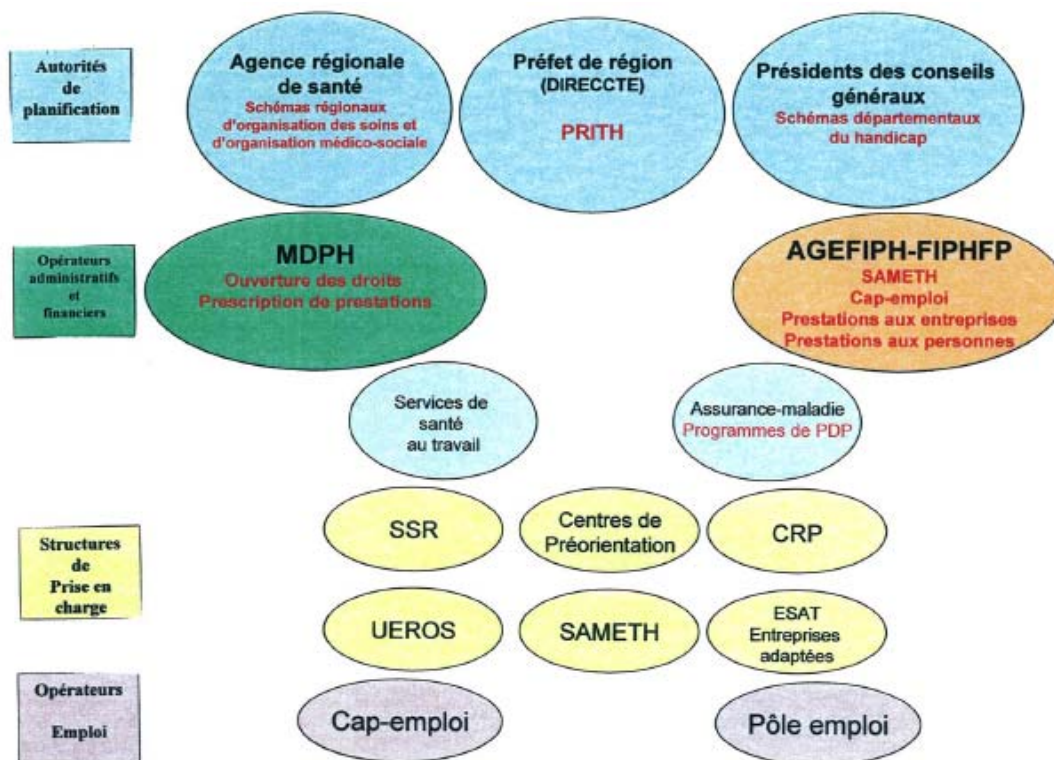
1.4.2. Une organisation et des instruments d'une grande complexité.

[43] Le diagramme ci-dessous est une tentative de représentation des acteurs de la politique de réinsertion des personnes handicapées. Cinq catégories d'acteurs ont été distinguées : les autorités de planification, les opérateurs administratifs et financiers, les services de prévention et de mobilisation des dispositifs, les structures de prise en charge et les opérateurs emploi.

[44] La description détaillée du rôle des différents acteurs de l'insertion professionnelle des personnes handicapées figurent à l'annexe N°4.

[45] Les ESAT et entreprises adaptées figurent dans ce diagramme, même si on peut considérer qu'ils ont dans la réinsertion professionnelle des personnes handicapées un rôle distinct de celui des autres structures.

Schéma 2 : Acteurs de la politique de réinsertion professionnelle des personnes handicapées



1.4.2.1. Un rôle spécifique de l'assurance-maladie et des services de santé au travail

- [46] Dans la légende du diagramme ci-dessus, l'assurance maladie et les services de santé au travail ont été qualifiés de « *services de prévention et de mobilisation des dispositifs* ».
- [47] Les services de santé au travail ont vocation à jouer un rôle essentiel à l'interface de l'entreprise et des structures de prise en charge pour éviter que des salariés soient déclarés inaptes et pour favoriser la reprise du travail à la suite de la survenance d'un handicap.
- [48] Prenant appui sur les conventions d'objectifs et de gestion de la branche maladie (2010-2013) et de la branche accidents du travail et maladies professionnelles (2009-2012), l'assurance maladie a mis en place un dispositif de coordination pour la prévention de la désinsertion professionnelle (PDP). Ce dispositif doit favoriser le maintien dans l'emploi ou le reclassement dans un autre emploi ou un autre secteur d'activité. Elle vise un signalement précoce des personnes en arrêts de travail de plus de 45 jours au titre de l'accident du travail ou de la maladie professionnelle, ainsi que des personnes en arrêts de travail depuis plus de 90 jours, en direction du service social, qui met en place un accompagnement général ou personnalisé, des médecins du travail et des cellules de PDP.

[49] Ce dispositif a fait l'objet de lettres réseaux en 2009 et 2010⁵. La première demande la mise en place de cellules de coordination régionale et locale de prévention de la désinsertion professionnelle entre CARSAT, CPAM, CGSS et DRSM afin de détecter et de signaler au médecin du travail et au service social les risques de désinsertion professionnelle et de faire à l'assuré une offre de services pour préparer puis permettre le retour à l'emploi ou le reclassement⁶

1.4.2.2. Deux catégories d'opérateurs instructeurs et prescripteurs

[50] La politique du handicap dispose de deux opérateurs instructeurs et prescripteurs au rôle très différent.

- ✓ Un opérateur généraliste : les maisons départementales des personnes handicapées
- ✓ Des opérateurs spécialisés dans l'insertion professionnelle : l'AGEFIPH et le FIPHFP

1.4.2.3. Des structures de prise en charge aux statuts et aux activités diverses, qui s'adressent à des populations différentes

[51] Parmi les acteurs de l'insertion professionnelle des personnes handicapés figurent les structures de prise en charge qui, avec des statuts différents, jouent dans la prise en charge des personnes handicapées des rôles qu'il est parfois difficile de distinguer.

[52] Dans le schéma figurent les différents types de structures au regard de leur statut, des conditions que doivent remplir les personnes prises en charge, de la qualité du prescripteur et, enfin du contenu des prises en charge.

[53] Si toutes les structures ont un rôle dans l'orientation, la remobilisation et la définition d'un projet professionnel, elles diffèrent sur une série de caractéristiques.

⁵ LR-DRP-32/2009 du 15 mai 2009 et LR-DDO-144/2010 du 26 juillet 2010

⁶ **Préparation du retour à l'emploi** : information et conseil sur les droits et les démarches, aide à la définition d'un projet, incitation à solliciter une visite de pré-reprise, orientation vers un organisme d'évaluation des capacités, orientation vers la MDPH pour la reconnaissance de la qualité de travailleurs handicapé, mobilisation des opérateurs du reclassement et de la réorientation professionnelle pour des actions de formation, de bilan professionnel, d'évaluation, d'information et de conseil

Retour à l'emploi : temps partiel thérapeutique, aménagement du poste de travail

Reclassement : contrat de rééducation professionnelle en entreprise, relais vers les opérateurs : Cap-emploi, CRP, ANPE ...)

Schéma 3 : Comparaison des structures de réinsertion professionnelle des personnes handicapées

	COMETE	Préorientation	CRP	UEROS	SAMETH
STATUT	SSR	Code du travail	Médico-social	Médico-social	Conv Agefiph
BENEFICIAIRES	Patients hospit	RQTH	RQTH	Cérébro-lésés	BOETH (1)
PRESCRIPTEUR	Equipe SSR	CDAPH	CDAPH	Profess-MDPH	Ouvert(2)
Orientation					
Remobilisation Définition d'un projet professionnel					
Evaluation des capacités en milieu de travail					
Réentraînement					
Formation professionnelle					
Accompagnement dans l'entreprise					

- (1) Bénéficiaires de l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés : salarié RQTH, bénéficiaires d'une rente d'accident du travail ou maladie professionnelle, titulaires d'une pension d'invalidité ou de l'AAH
(2) Médecins du travail, employeurs, assistantes sociales, salariés, MDPH, CHSCT, CARSAT

Source : Mission IGAS

[54] L'analyse des différentes structures fait apparaître :

- des différences de statut : hospitalier pour les équipes COMETE, médico-social pour les CRP et les UEROS, statut spécifique défini par le code du travail pour la préorientation, structures financées par l'AGEFIPH et le FIPHP pour les SAMETH ;
- des différences tenant au statut de la population prise en charge : hospitalisation pour les équipes COMETE, personnes reconnues travailleurs handicapés (RQTH), pour la préorientation et les CRP, personnes cérébro-lésées pour les UEROS et bénéficiaires de l'obligation d'emploi des personnes handicapées pour les SAMETH ;
- des différences quant à la qualité des prescripteurs : l'équipe hospitalière pour COMETE, CDAPH pour la préorientation et les CRP, les professionnels concernés par la prise en charge et la MDPH pour les UEROS, très ouverte pour les SAMETH.

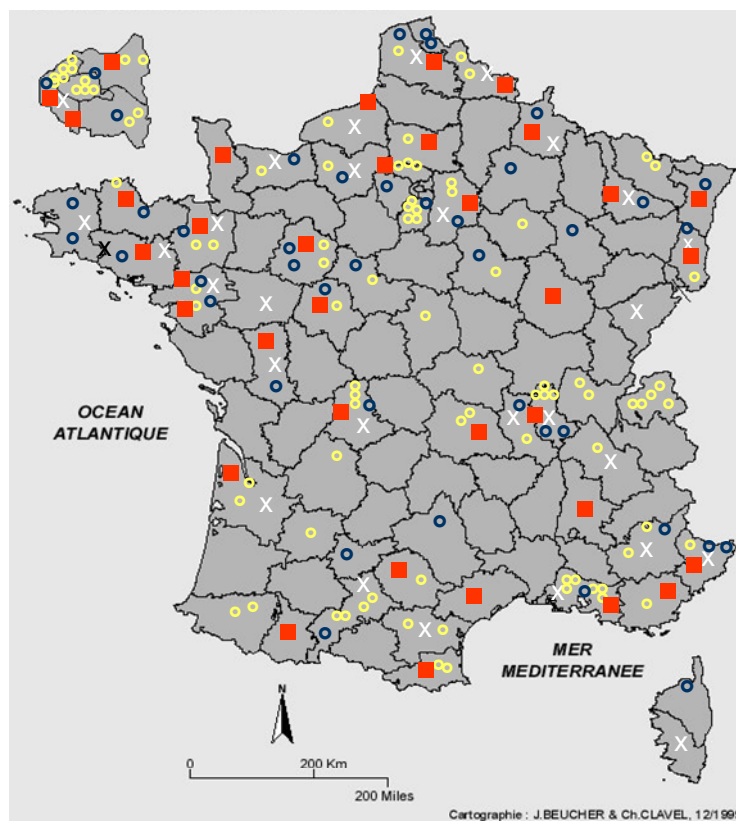
[55] Les différentes structures jouent un rôle différent dans le processus d'insertion professionnelle. Si toutes interviennent dans l'orientation, la remobilisation et la construction d'un projet professionnel, elles le font à des étapes différentes du parcours de réinsertion : trois de ces structures – préorientation, CRP et UEROS – permettent de tester les capacités des personnes à réaliser, en situation de travail, les tâches correspondant aux emplois qu'elles seraient susceptibles d'occuper ; deux, CRP et UEROS, offrent des possibilités de réentraînement. Une seule, le CRP, organise des formations spécifiques pour travailleurs handicapés ; enfin, les équipes COMETE et les SAMETH peuvent accompagner les personnes dans leur réinsertion en entreprise.

- [56] Il faut souligner que des structures de nature différente sont souvent regroupées sur un même site et, dans ce cas, sont gérées par un même organisme. Cette situation a pour avantage de favoriser une synergie entre les structures regroupées. Elle fait cependant courir le risque de favoriser les personnes déjà prises en charge par l'organisme au détriment des autres bénéficiaires potentiels, compte tenu de la répartition territoriale inégale de ces structures.

1.4.2.4. Un maillage inégal du territoire

- [57] La couverture territoriale pour les différentes catégories de structures fait apparaître de réels déséquilibres. Si un SAMETH a été créé dans chaque département – ils sont au nombre de 108 – le réseau des autres structures est plus hétérogène. Les équipes COMETE sont au nombre de 35, mais ne sont présentes que dans 33 départements. Les UEROS sont au nombre de 30, les CRP sont au nombre de 92 mais présents seulement dans 41 départements. Les Centres de préorientation sont au nombre de 42, situés dans 34 départements.
- [58] Sur la carte ci-dessous on constate la concentration des structures dans certaines régions et même dans certains départements, alors que d'autres sont très mal couverts. Trente et un départements, soit près du tiers, ne disposent d'aucune structure.

Schéma 4 : Position géographique des structures de réinsertion professionnelle des personnes handicapées



Légende : *Equipes COMETE* : carrés rouges ; *UEROS* : croix blanches ; *CRP* : ronds jaunes ; *Préorientation* : ronds bleus
Source : Données : www.action-sociale.org. Exploitation mission IGAS

2. LE PROGRAMME COMETE : DES ACTIONS A LA JONCTION DE LA POLITIQUE DE SANTE, DE LA POLITIQUE SOCIALE ET DE LA POLITIQUE DE L'EMPLOI.

2.1. *Un programme qui a vingt ans d'existence et dont l'ampleur s'est accrue au fil des ans*

[59] Le programme COMETE a été initié au début des années 1990 en particulier sous l'impulsion du docteur Busnel, médecin chef du centre de rééducation mutualiste de Kerpape (56), pour favoriser la « démarche précoce d'insertion ». Pendant 6 ans, le programme est resté limité à 6 établissements ; il n'a connu un réel développement qu'à partir des années 2000. En 2011, il concerne 35 établissements. Le docteur Busnel, aujourd'hui retraité, est toujours président de l'association COMETE France.

[60] Paradoxalement, alors que l'insertion professionnelle est devenue depuis 2008 une mission à part entière des activités de SSR, l'échéance proche du changement de mode de financement de ces activités de SSR menace le modèle de copilotage et de cofinancement sur lequel a été bâti le programme COMETE.

[61] Le programme COMETE a dû, tout au long de son existence, surmonter des préventions : celles des agences régionales de l'hospitalisation, auxquelles il a été demandé de consacrer une partie de leurs marges financières à une action dont la connotation sociale était éloignée de la représentation qu'elles avaient de leur champ « naturel » d'intervention, celles aussi de l'AGEFIPH, dont le conseil d'administration a été constamment réticent au financement d'une activité hospitalière. Pour dépasser ces préventions, les promoteurs du programme ont dû démontrer en permanence la validité de la démarche et justifier la répartition des financements entre les dotations hospitalières, d'une part, le fonds de développement pour l'insertion professionnelle des handicapés (AGEFIPH), le fonds social européen, puis le fonds d'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique (FIPHFP), d'autre part.

[62] Le copilotage par l'administration de la santé, l'AGEFIPH et le FIPHFP du programme Comete a eu pour vertu de mettre en évidence le caractère transversal de la « démarche précoce d'insertion » (DPI). L'expression DPI est mise en avant par les promoteurs du programme pour qualifier le rôle spécifique des établissements de santé dans un domaine qui relève plus naturellement de la politique de l'emploi. .

2.2. *Une démarche fondée sur la mobilisation précoce*

[63] Les documents de référence du programme Comete mettent en évidence l'importance d'articuler étroitement les actions d'insertion professionnelle avec les autres dimensions de la prise en charge des personnes hospitalisées dans les unités de rééducation : un projet professionnel n'a de sens que s'il est compatible avec l'état de santé ; il doit être construit au rythme des progrès réalisés dans la récupération des fonctions locomotrices et cognitives. Les efforts réalisés pour définir un projet professionnel et pour adapter un poste de travail ou les conditions d'emploi, s'intègrent dans l'ensemble des actions visant à permettre un retour à une vie autonome : ils seront inutiles si les déplacements sont impossibles faute d'un véhicule adapté ou parce que le logement est trop éloigné.

[64] L'objet du programme est la prise en charge précoce de l'avenir professionnel des personnes handicapées hospitalisées dans les structures de soins de suite et de réadaptation. Une équipe pluridisciplinaire, dédiée à l'action sociale et professionnelle, accueille les patients, évalue leurs capacités, élabore avec eux un projet d'insertion et de maintien dans l'emploi, en évalue la faisabilité et en assure la mise en œuvre et le suivi.

2.2.1. Une démarche inscrite dans des référentiels

- [65] L'association COMETE France s'est attachée à ce que la « démarche précoce d'insertion » soit inscrite dans des documents de référence.
- [66] Une *conférence de consensus* sur le thème « Sortie du monde hospitalier et retour à domicile d'une personne adulte handicapée sur les plans moteur et/ou neuropsychologique », organisée en septembre de 2004 sous l'égide de l'ANAES et de la SOFMER⁷, met l'accent sur la nécessité d'élaborer au cours de l'hospitalisation « un projet de sortie ». Le jury recommandait « *qu'une démarche précoce d'insertion (DPI) puisse être envisagée en fonction des résultats de l'évaluation, des capacités de projection de la personne handicapée moteur et de ses motivations. Certaines démarches ayant fait l'objet d'un suivi illustrent l'intérêt pour la personne d'une DPI (COMETE France)* ».
- [67] Egalement en 2004, une *norme AFNOR* est consacrée à la « démarche précoce d'insertion ». Elle « *décrit une méthode d'organisation de la prise en charge du patient dans les services de Médecine Physique et de Réadaptation (MPR) visant l'insertion familiale, sociale, scolaire, professionnelle.* »
- [68] Elle qualifie la méthode comme un *processus de soins* fondé sur l'accompagnement du patient dans l'élaboration progressive de son projet de réinsertion et la préparation à sa mise en œuvre dès la phase active de soin. Elle précise « qu'elle permet d'éviter une rupture dans le parcours de la personne et qu'elle contribue à la prévention du risque de désinsertion ».
- [69] Une *recommandation de bonne pratique* sur le thème " *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*", élaborée sous l'égide de COMETE France, de la SOFMER et de la Société Française de Médecine du Travail, été labellisée le 8 juillet 2011 par la Haute autorité de santé. Cette recommandation définit les moyens qui doivent être mobilisés pour mettre en œuvre la DPI, comment s'opère le repérage des personnes susceptibles d'en bénéficier, le contenu de la prise en charge, les articulations avec les dispositifs œuvrant dans le champ de l'insertion professionnelle et les modalités de suivi de la personne.
- [70] Ce document contient une importante bibliographie internationale sur la pertinence de la démarche précoce d'insertion.

2.2.2. Une démarche qui valorise les apports conjugués du regard médical sur le patient, de l'évaluation du handicap et de la connaissance des problématiques de l'emploi

- [71] Le caractère pluridisciplinaire des équipes est mis en avant par les promoteurs du programme. Ils mettent en avant la contribution à une démarche de rééducation et de réadaptation d'un regard médical, de celui des professionnels de la rééducation et de celui de professionnels de l'insertion sociale et professionnelle. La démarche précoce d'insertion fait ainsi partie d'un processus global qui se déroule tout au long du séjour dans l'établissement de SSR et qui prend en compte les différentes dimensions de la prise en charge.
- [72] Cette conviction a été fortement exprimée dans les entretiens conduits dans les établissements. Elle trouve sa traduction concrète dans la participation de membres de l'équipe COMETE aux staffs de suivi des patients organisés dans les unités d'hospitalisation. L'inclusion d'un patient dans le programme est le plus souvent déclenchée à l'occasion de la revue des nouveaux patients réalisée à la suite de leur admission.
- [73] Dans la majorité des établissements visités, le dossier informatisé du patient permet d'intégrer les informations sur les actions conduites par les équipes COMETE et sur l'avancée du processus d'insertion professionnelle. Le médecin de MPR en charge du patient peut ainsi être informé de cette dimension de la prise en charge.

⁷ SOFMER : Société française de médecins physique et de réadaptation

- [74] Par ailleurs a été souligné le fait que l'expertise des établissements de SSR sur les capacités des personnes en fait des interlocuteurs qui jouissent d'une forte crédibilité auprès des employeurs et auprès des MDPH.

2.3. Un programme structuré

2.3.1. Un schéma d'intervention précisément défini

- [75] L'action des équipes COMETE est précisément décrite en quatre phases dans une annexe à l'accord cadre. Cette description liste les actions réalisées par l'équipe COMETE au titre de chacune de ces phases.
- [76] La première phase est une phase d'accueil du patient et d'évaluation de sa demande. Elle comporte une dimension médicale (bilan, évolution prévisible, évaluation des capacités fonctionnelles, intellectuelles et psychologiques) et une dimension socioprofessionnelle (recensement des niveaux scolaire et professionnel). L'équipe dispense au patient une information sur les prestations proposées et les solutions possibles. Elle fait une évaluation de la demande du patient et lui apporte un soutien dans l'établissement des divers dossiers et démarches administratives nécessaires à l'ouverture des prestations dont sont susceptibles de bénéficier les personnes handicapées. Les patients peuvent dès la phase 1 être mis en relation avec les opérateurs de l'insertion ou du maintien dans l'emploi quand il n'est pas concerné par les phases 2 et 3.
- [77] La phase 2 est celle de l'élaboration du projet d'insertion professionnelle et d'évaluation de sa faisabilité : évaluation des capacités professionnelles, bilan des acquis scolaires et professionnels, constitution d'un projet professionnel ou d'un projet de formation ou de reprise d'études, mise en place de ce que COMETE France qualifie de tissu social utile à l'emploi (permis de conduire, adaptation du véhicule, logement ...), préparation à l'entrée ou au retour en entreprise sur la base d'un diagnostic portant sur le contexte de l'entreprise - en lien notamment avec le médecin du travail - , ainsi que d'études et de conseils ergonomiques ... Enfin au cours de cette phase peut se faire le passage de relais aux opérateurs d'insertion professionnelle quand le patient est en recherche d'emploi.
- [78] Au cours de la phase 3 est mis en œuvre le plan d'action pour l'accès ou le maintien dans l'emploi dans leur entreprise ou le passage de relais avec un appui de l'équipe COMETE aux acteurs de l'insertion pour les personnes en recherche d'emploi, ainsi que, pour les patients passés directement de la 1^e à la 3^e phase, la mise en place du tissu social utile à l'emploi.
- [79] La quatrième phase consiste en un suivi des patients insérés, en reprise d'études ou en formation. Ce suivi est réalisé à un an et à deux ans.
- [80] Les équipes COMETE sont partie intégrante des établissements qui les accueillent. Elles sont constituées de personnel hospitalier recruté et rémunéré par les établissements auxquels les équipes appartiennent.
- [81] Ces personnels n'ont aucun lien juridique avec l'association COMETE France dont le rôle se limite à celui de tête de réseau et de support technique à l'organisation et à l'action des équipes.
- [82] Les publics concernés sont les personnes hospitalisées en situation de handicap, présentant des déficiences orthopédiques, motrices et psychomotrices lourdes et/ou complexes, telles que les atteintes médullaires, cérébrales, ostéo-myo-articulaires et les pathologies rachidiennes, dont les conséquences entraînent une situation de handicap au regard de l'emploi.

2.3.2. Une association nationale qui assure l'animation du programme

- [83] La participation au programme COMETE se traduit pour les établissements concernés par l'adhésion à l'association nationale COMETE-France, dont le siège est situé à Lorient (56), à proximité du Centre de Kerpape, qui a été à l'initiative du programme. Tous les établissements sont représentés à son conseil d'administration par un titulaire et un suppléant.

- [84] Depuis le lancement du programme COMETE, l'association COMETE France s'est vue confier le rôle de support de sa coordination. Les accords cadre triennaux précisent le rôle de l'association, qui doit :
- Veiller au respect des dispositions de l'accord et de la charte Comete par l'ensemble des établissements du programme.
 - Apporter à l'ensemble des établissements adhérents l'appui méthodologique dont ils ont besoin.
 - Aider les établissements à mobiliser les institutions et financements nécessaires à la démarche précoce d'insertion.
 - Accompagner les établissements dans la maîtrise des outils et de partenariats, notamment pour les établissements récemment adhérents.
 - Réaliser, consolider et analyser les rapports d'activité des équipes Comete.
 - Compléter les outils existants de suivi de l'activité et des résultats.
 - Apporter son expertise à des réflexions, démarches et études susceptibles d'enrichir la démarche précoce d'insertion.
 - Proposer aux financeurs de nouveaux établissements candidats à l'intégration au programme.
- [85] L'association nationale est également chargée de consolider et d'analyser les rapports d'activité et de résultat des équipes et de compléter les outils de suivi de l'activité et des résultats en concertation avec l'AGEFIPH et le FIPHFP.
- [86] L'association nationale organise et finance chaque année deux colloques nationaux, chaque fois dans un établissement « COMETE » différent. Ces colloques ont pour objectif de permettre aux équipes de se rencontrer et d'échanger sur leur activité.⁸
- [87] Son financement est assuré à égalité par l'AGEFIPH et le FIPHFP, chacun des deux fonds contribuant à hauteur de 45%, les 10% restants provenant des cotisations des membres.

2.3.3. ... mais qui intervient peu dans le fonctionnement des équipes hospitalières

- [88] L'association nationale, dans son rôle de tête de réseau, intervient peu dans la constitution et le fonctionnement des équipes. On aurait pu imaginer qu'elle propose aux établissements une aide aux recrutements, en particulier dans l'établissement de fiches de postes ou dans l'examen des candidatures. Ce n'est pas le cas.
- [89] Dans la pratique, les établissements définissent de manière autonome leur politique de recrutement. On peut le constater dans l'examen des itinéraires professionnels des membres des équipes, d'une assez grande diversité. Il a été précisé dans un des établissements que les personnels de l'équipe doivent avoir deux pré-requis : une connaissance des populations précaires et une connaissance des milieux de travail.
- [90] La formation des nouveaux personnels se fait essentiellement par imprégnation dans le cadre de stages effectués au sein de l'équipe COMETE d'un autre établissement.
- [91] L'association nationale ne fournit pas non plus d'outils techniques aux équipes COMETE. Chaque établissement a structuré son dossier patient, manuel ou informatisé, et a élaboré ses fiches de suivi ou de liaison avec les « partenaires ». Il n'y a pas de guide d'intervention commun aux différentes équipes. Quand le membre d'une équipe a une question à laquelle il n'a pas de réponse en interne, il s'adresse soit à la direction nationale de l'association, soit à un membre d'une autre équipe avec lequel il est entré en contact à l'occasion d'un colloque de l'association.

⁸ Les derniers colloques ont été organisés en juin 2010 à Strasbourg sur le thème de la sclérose en plaques et de maladies chroniques évolutives, en décembre 2010 à Dijon sur les accidents vasculaires cérébraux et en juin 2011 à Albi sur le thème des dysfonctions (dyslexie, dyspraxie, dysgraphie)

- [92] Pour la définition de leurs actions, les équipes se réfèrent essentiellement aux accords cadre et à la charte de l'association. Elles font peu référence aux recommandations de la conférence de consensus de 2004 et à la norme AFNOR publiée la même année. Il est évidemment trop tôt pour connaître ce que sera l'usage de la recommandation de bonne pratique que l'HAS a récemment labellisée.
- [93] Les colloques organisés deux fois par an par l'association nationale sont des moments forts pour les personnels et sont pour eux l'occasion de s'informer sur tel ou tel domaine de leur activité et d'échanger avec des membres d'autres équipes. De même, la participation aux instances de l'association, qu'il s'agisse du conseil d'administration ou du comité technique, est jugée importante.
- [94] Le positionnement de l'association nationale dans son rôle de tête de réseau apparaît donc comme plus institutionnel et médical que réellement technique. Sa préoccupation majeure semble avoir été de faire reconnaître le caractère scientifique de la « démarche précoce d'insertion », de satisfaire les exigences des institutions qui assurent le financement du programme et de donner, par les colloques biannuels une visibilité à son action.

2.3.4. Une charte associative qui affiche une philosophie de prise en charge

- [95] La charte de l'association COMETE France, qui s'impose aux établissements adhérents, met en avant trois principes :
- Conjuguer étroitement dès la phase de soins en établissements ou services hospitaliers rééducation fonctionnelle et réadaptation sociale et professionnelle ;
 - Développer une approche globale et interdisciplinaire de la personne en situations de handicap, favorisant son intégration sociale et professionnelle dans son milieu de vie ;
 - Promouvoir le réseau des compétences pluridisciplinaires susceptibles de favoriser le retour à la vie sociale et professionnelle en milieu ordinaire de travail.
- [96] La charte comporte cinq engagements :
- Initier pendant la phase active de soins, en établissements/services SSR-MPR, et le plus précocement possible, le processus d'insertion sociale et professionnelle de la personne en situation de handicap.
 - Mettre en place les moyens techniques et humains spécifiques nécessaires pour favoriser un retour à la vie sociale et professionnelle en milieu ordinaire de travail.
 - Assurer une fonction ressources auprès des établissements ou services SSR-MPR de son territoire, ne disposant pas de moyens dédiés à l'accompagnement vers l'insertion sociale et professionnelle.
 - S'engager à respecter le Contrat d'objectifs pluriannuel COMETE FRANCE / AGEFIPH / FIPHFP.
 - Rendre compte annuellement à la direction générale de l'association de l'activité de l'équipe, en vue d'une évaluation globale du dispositif.

2.3.5. Une évaluation réalisée au travers d'études successives et qui devrait faire l'objet d'un processus protocolisé

- [97] A deux reprises, en 2004 et en 2007, ont été réalisées par le CREDOC⁹ des études sur le devenir des personnes suivies par les équipes COMETE¹⁰.

⁹ « Etude sur le devenir professionnel des personnes suivies par les équipes COMETE ayant une démarche précoce d'insertion intégrées dans les établissements ou services de médecine physique et de réadaptation » Anne FONTEAU-LOONES, avec la collaboration de Marie-Odile SIMON. Etude réalisée à la demande de l'association COMETE France et de l'AGEFIPH - CREDOC Janvier 2004

« Etude sur la réinsertion sociale et professionnelle des personnes sortant d'établissement ou service sanitaire de médecine physique réadaptation (MPR) » Anne LOONES, Marie-Odile SIMON. Etude réalisée à la demande de la Fédération française des sociétés d'assurance – CREDOC, Juin 2007

¹⁰ Cf. annexe n° 6

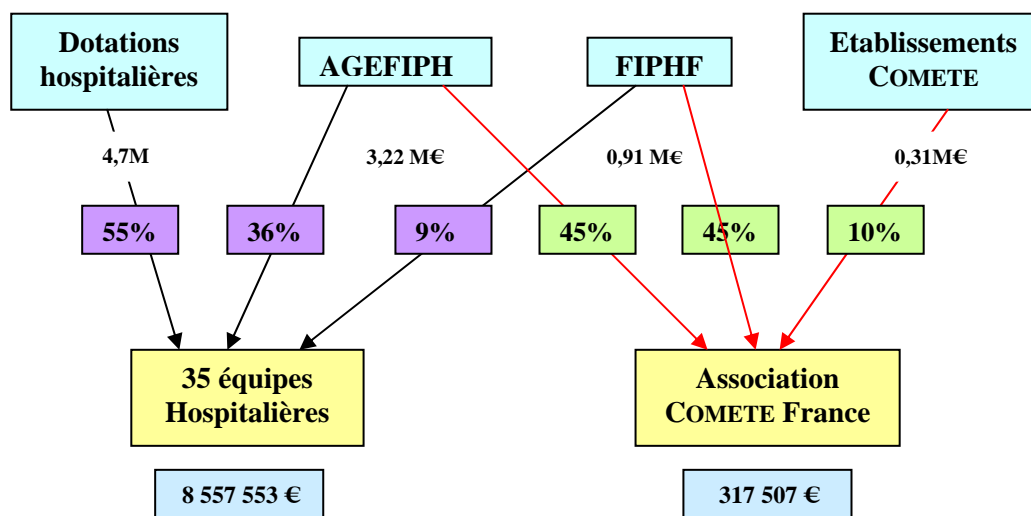
- [98] Si l'étude effectuée en 2004 établit que les personnes suivies par COMETE retravaillent deux fois plus souvent que les patients n'ayant pas bénéficié de ce suivi, cette conclusion n'est pas corroborée par l'étude de 2007, sauf pour les blessés médullaires et les personnes cérébrolésées.
- [99] A l'avenir, les actions de préparation et d'accompagnement de la réinsertion professionnelle constituant une des composantes de la mission des services de soins de suite et de réadaptation, leur évaluation devrait être réalisée dans le cadre de la procédure de renouvellement d'autorisation. En effet, dans tout dossier de demande de renouvellement, le titulaire d'une autorisation doit figurer une évaluation de sa mise en œuvre. Pour les services de soins de suite et de réadaptation, l'évaluation devra répondre à un protocole d'évaluation standardisé des actions de préparation et d'accompagnement à la réinsertion professionnelle.

2.4. Un programme piloté par les organismes financeurs

2.4.1. Un financement mixte par des crédits d'assurance maladie et par les fonds pour l'emploi des travailleurs handicapés

- [100] Le programme est financé à 55% par les dotations hospitalières, à 45% par les fonds pour l'emploi des travailleurs handicapés, AGEFIPH et FIPHFP.
- [101] L'association COMETE France est financée à parité par l'AGEFIPH et le FIPHFP qui assurent ensemble 90% de son financement, chacun des deux fonds contribuant à hauteur de 45%, les 10% restants provenant des cotisations des établissements du programme.
- [102] Les sources et les modalités de financement ont évolué depuis le lancement du programme. A l'origine, le programme COMETE a bénéficié d'un financement du Fonds social européen (FSE), la contrepartie nationale ayant été apportée par l'AGEFIPH. Jusqu'en 2008, la participation de l'AGEFIPH est de ce fait restée limitée : l'accord cadre 2006-2008 prévoyait que l'AGEFIPH mobiliserait le Fonds social européen à hauteur de 35 % du coût total du programme, seuls 10% restant à sa charge.
- [103] En 2007, un groupe de travail a été constitué à l'initiative de la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) pour quantifier ce qui, dans les actions de réinsertion professionnelle, relevait d'un financement de l'assurance maladie et ce qui relevait du financement du dispositif « professionnel ». Sous l'égide de ce groupe de travail, une analyse des temps consacré aux différentes phases du dispositif a été réalisée par l'association COMETE. La clé de répartition (55% imputés aux budgets hospitaliers, 45 % financés par les fonds professionnels) antérieurement définie a être confirmée.
- [104] Une circulaire de la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins destinée aux directeurs des agences régionales de l'hospitalisation et aux directeurs départementaux des affaires sanitaires et sociales en date du 14 avril 2008 fait état des résultats de cette étude pour enjoindre les directeurs d'ARH d'assurer 55% du financement des équipes Comete.
- [105] En 2008, le FIPHFP a été sollicité pour apporter une part du financement. Celui-ci est fixé par l'accord cadre qui couvre les années 2008, 2009 et 2010 à 10% de la contribution « professionnelle », soit 4,5% du total. La quote-part du FIPHFP a été portée à 20%, soit 9% du total, par l'accord cadre en cours d'exécution qui couvre les années 2011, 2012 et 2013.
- [106] Les modalités de financement du programme sont décrites dans le schéma ci-dessous. Le coût global du programme en 2011 est proche de 9 M€: 8,56 M€ pour le fonctionnement des 35 établissements de santé qui participent au programme et 317 507 € pour l'association nationale.

Schéma 5 : Répartition du financement du programme COMETE



Source : : Mission IGAS

[107] En 2011, le coût du programme est de 8 875 060 €, dont 317 507 €, soit 3,6% du total pour le financement de l'association nationale. Les équipes hospitalières¹¹ sont financées à 55% par les dotations hospitalières, à 36% par l'AGEFIPH et à 9% par le FIPHF. Le financement par les dotations hospitalières fait l'objet dans certains cas de dotations identifiées sous la forme de MIGAC¹², mais est le plus souvent intégré dans la dotation annuelle de financement ou dans les prix de journée selon qu'il s'agit ou non d'établissements dont les activités de soins de suite et de réadaptation sont financées par dotation globale.

[108] Le suivi du programme est assuré par un comité de pilotage national. Le contenu des interventions, l'organisation des équipes et les modalités de financement sont définis par des documents conventionnels.

2.4.2. Des accords-cadres triennaux

[109] L'organisation, le contenu et les modalités de financement du programme COMETE sont définis par des accords-cadres pluriannuels. Les signataires des accords-cadres sont l'AGEFIPH et FIPHF, d'une part, l'association COMETE France, d'autre part. L'accord-cadre en cours couvre les années 2011, 2012 et 2013.

[110] L'accord-cadre définit la démarche précoce d'insertion, les conditions et le contenu des actions, ainsi que le rôle de l'association COMETE France. Il précise le nombre d'établissements participant au programme, les modalités et les montants des financements des équipes COMETE et de la direction nationale de l'association COMETE France.

¹¹ Il s'agit le plus souvent de « centres de rééducation fonctionnelle » autonomes. S'agissant d'hôpitaux publics, l'équipe est intégrée à une unité ou à un pôle spécialisé dans les soins de suite et de réadaptation

¹² Missions d'intérêt général et aides à la contractualisation

- [111] Il précise les modalités du suivi de l'exécution de l'accord par un comité de pilotage composé de représentants de COMETE France, du ministère de la santé, de l'AGEFIPH et du FIPHFP et précise les informations qui doivent être transmises par l'association. Des annexes précisent le contenu de chacune des quatre phases de prise en charge, les établissements adhérents, les critères exigés pour la participation au programme de nouveaux établissements, le cadre de référence de l'activité et du financement des équipes et le modèle du tableau de synthèse des informations sur leur activité que les équipes doivent transmettre aux financeurs du programme. Figure enfin, en annexe, un modèle de convention tripartite entre l'AGEFIPH, le FIPHFP et l'établissement SSR doté d'une équipe COMETE.
- [112] On peut s'étonner du fait que la direction générale de l'offre de soins, responsable du financement majoritaire du programme, ne soit pas partie à l'accord-cadre, alors même qu'elle participe au comité de pilotage. Ceci s'explique par le fait que le financement de l'association nationale est assuré par les seuls fonds professionnels.

2.4.3. Un comité de pilotage qui se réunit régulièrement

- [113] Un comité de pilotage du programme COMETE auquel participent la DGOS ; l'AGEFIPH et le FIPHFP se réunit régulièrement. Il s'est ainsi réuni trois fois en 2010. Ses réunions font l'objet de comptes rendus détaillés sur des ordres du jour qui concernent l'ensemble des aspects du programme : exécution de l'accord-cadre, examen des candidatures pour la création de nouvelles équipes COMETE et, préparation, en 2010 de l'accord-cadre 2011-2013.

2.4.4. Une connaissance ponctuelle du coût des interventions qui permet de constater des écarts importants de productivité entre les équipes COMETE

- [114] Dans aucun des établissements visités il n'est demandé aux personnels des équipes COMETE de rendre compte de l'usage qu'ils font de leur temps. Il n'existe pas de fiches horaires à partir desquelles pourrait être construite une comptabilité analytique ou réalisées des études ponctuelles sur le coût des interventions. Une telle démarche est apparue étrangère aux préoccupations tant de l'association nationale que des établissements visités dans le cadre de la mission.
- [115] Une étude de temps a été réalisée en 2007 par l'association nationale COMETE France à la demande des organismes financeurs du programme. Elle a consisté en un relevé du temps passé par chaque catégorie de personnels des équipes COMETE pour les actions décrites dans une nomenclature très détaillée. Son objectif était de donner une meilleure assise au partage des financements entre l'assurance maladie et les fonds professionnels. Elle a permis de confirmer la clé de financement du programme entre l'assurance maladie et les fonds professionnels, mais les données collectées n'ont pas fait l'objet d'une réflexion plus normative sur le coût des actions.
- [116] Les données recueillies n'ont pas été exploitées pour mesurer les différences de pratiques entre les établissements ayant participé à l'étude.
- [117] Une seconde étude a été réalisée en 2011 par l'association COMETE France à la demande de la mission. Les principaux résultats de ces études sont présentés à l'annexe N°8.
- [118] Le rapprochement des données de l'enquête de 2011 de l'activité et des effectifs des équipes COMETE fait apparaître des écarts importants de productivité : même en ne prenant pas en compte les valeurs extrêmes, la valeur de l'indice de productivité calculé par la mission IGAS et qui figure à l'annexe 8 varie du simple au double. L'écart entre le premier quartile et le 3^e quartile est de 35%.
- [119] Une partie de ces écarts peut s'expliquer par le contexte local, en fonction, en particulier, de la plus ou moins grande facilité des relations avec les autres acteurs de l'insertion professionnelle des personnes handicapées. Cependant un encadrement plus étroit du fonctionnement des équipes aurait sans doute permis de limiter ce qui, dans les écarts de productivité est imputable à des différences de pratiques professionnelles.

[120] L'analyse de l'organisation et de la mise en œuvre du programme COMETE met en évidence un réel souci de pilotage du programme et de validation scientifique du contenu des actions. Ce sont là des acquis incontestables dans la perspective de la généralisation des actions de préparation et d'accompagnement de la réinsertion professionnelle des patients hospitalisés en soins de suite et de réadaptation.

[121] La mission IGAS a pu cependant relever que l'attention portée par l'association nationale à l'encadrement technique des équipes est restée limitée. On peut trouver là une explication aux importants écarts de productivité que la mission IGAS a constatés. Un encadrement plus étroit des pratiques professionnelles des équipes et une plus grande maîtrise du coût des interventions devront être des dimensions prises en compte dans le dispositif de généralisation.

3. LE SCHEMA DE GENERALISATION DES ACTIONS DE PREPARATION ET DE ACCOMPAGNEMENT DE LA REINSERTION PROFESSIONNELLE DANS LES STRUCTURES DE SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION

[122] La préparation et l'accompagnement de la réinsertion professionnelle des patients en soins de suite et de réadaptation est un des éléments de la politique du handicap. La question posée par le changement du mode de financement de cette activité amène à s'interroger sur les conditions dans lesquelles ces actions s'intègrent dans l'ensemble des dispositifs qui relèvent de cette politique.

3.1. Les modalités de généralisation des actions de préparation et d'accompagnement de la réinsertion professionnelle dans les structures de SSR

[123] L'ensemble des éléments réunis dans le cadre de la présente étude valident la pertinence des actions conduites dans le cadre du programme COMETE. La question se pose de savoir selon quelles modalités ces actions, présentes en 2011 dans 35 établissements, peuvent être conduites au profit de l'ensemble de la population susceptible d'être concernée par elles.

3.1.1. La population et les établissements concernés

[124] Dans le cadre de cette étude une exploitation du PMSI-SSR a été demandée à l'ATIH pour évaluer l'importance de la population concernée et pour connaître sa répartition dans les structures de SSR.

[125] L'ATIH a réalisé une extraction de la base de donnée 2009 portant sur les patients âgés de 18 à 55 ans¹³ figurant dans les catégories majeures cliniques (CMC) 12-Affections du système nerveux, 16-Affections non traumatiques du système ostéoarticulaire, 17 -Affections traumatiques du système ostéoarticulaire et 18-Amputations. Ce choix a été validé par les professionnels rencontrés dans le cadre de l'étude.

[126] Ces patients sont désignés comme la population éligible. Le nombre de patients éligibles à des actions selon la définition ci-dessus figurant dans la base PMSI 2009 était de 102104.

[127] A titre d'information, le nombre d'entrées en hospitalisation complète et de semaine en rééducation fonctionnelle (MPR) en 2009 figurant à la statistique annuelle des établissements (SAE) était de 275 500¹⁴ sur un nombre total d'hospitalisations complètes ou de semaine en SSR de l'ordre de 950 000.

¹³ Dans la recommandation de bonne pratique sur la démarche précoce d'insertion, la population concernée est celle âgée de 16 à 60 ans. La population prise en compte ici est un peu plus réduite. Il a été tenu compte du fait que, d'une part, le nombre de jeunes âgés de 16 à 18 ans dans la population active est très réduit et, d'autre part, les perspectives de réinsertion professionnelle après 55 ans sont limitées.

¹⁴ La SAE ne permet pas de connaître le nombre de personnes prises en charge en hospitalisation de jour. N'est comptabilisé que le nombre de journées sans référence aux personnes prises en charge.

Tableau 1 : Patients concernés par les actions de réinsertion professionnelle dans la population hospitalisée en SSR en 2009

Hospitalisations en SSR	950 000
Hospitalisations en rééducation fonctionnelle	275 500
Patients éligibles aux actions de réinsertion professionnelle	102 104

Source : ATIH – PMSI SSR 2009

- [128] Les 102 104 patients « éligibles » aux actions de préparation et d'accompagnement de la réinsertion professionnelle (PARP) avaient été hospitalisés dans 1251 établissements différents. 120 établissements avaient accueilli plus de 250 patients « éligibles », 251 plus de 100 patients. Plus de la moitié des établissements (708) en avaient accueilli moins de 20.

Tableau 2 : Etablissements de SSR ayant pris en charge des patients éligibles à des actions de réinsertion professionnelle

Etablissements ayant des patients éligibles	Moins de 20 patients	20 à 49 patients	50 à 99 patients	100 patients et plus	250 patients et plus
1251	708	211	93	251	120

Source : ATIH – PMSI SSR 2009

- [129] Il a également été demandé à l'ATIH d'extraire de la base de données le nombre de patients pour lesquels avaient été réalisées des actions de réinsertion professionnelle.¹⁵ De telles actions n'ont été codées dans le PMSI que dans un peu plus du tiers des établissements dans lesquels avaient été pris en charge au moins un patient « éligible », soit 458 établissements. Seulement 28 établissements ont codé des actions de réinsertion professionnelle pour plus de 100 patients.

¹⁵ Correspondant aux items suivants du catalogue des actes de rééducation et de réadaptation (CdARR) :

BN01 BILAN DU PASSE PROFESSIONNEL ET DU PARCOURS DE FORMATION
 BN03 BILAN DES CONNAISSANCES SCOLAIRES
 BN04 INTERVENTION ERGONOMIQUE SUR UNE SITUATION DE TRAVAIL
 BN05 MÉDIATION AVEC L'EMPLOYEUR ET/OU LE MÉDECIN DU TRAVAIL SUR LE RETOUR À L'EMPLOI
 CC03 MISE EN PLACE ET ACCOMPAGNEMENT D'UNE FORMATION PROFESSIONNELLE
 CC04 ENTRAÎNEMENT ET ACCOMPAGNEMENT À LA RECHERCHE D'EMPLOI
 CC01 ETUDE DE FAISABILITE DU PROJET Y COMPRIS AU REGARD DE LA LEGISLATION DU TRAVAIL
 CC02 TESTS PSYCHOTECHNIQUES STANDARD [TESTS AFPA]
 SC01 BILAN DES CAPACITES A MENER OU REPRENDRE DES ETUDES SCOLAIRES, UNE FORMATION
 SC05 CONSEILS, INFORMATIONS DU JEUNE ET DE SON ENTOURAGE
 SC08 (RÉ) ORIENTATION SCOLAIRE OU UNIVERSITAIRE
 SC10 ACCOMPAGNEMENT DE L'ABANDON SCOLAIRE
 RN01 REMISE À NIVEAU INDIVIDUALISÉE DES CONNAISSANCES À VISÉE PROFESSIONNELLE
 RN02 INSTALLATION ET SUIVI D'UN PROGRAMME DE RÉENTRAÎNEMENT PROFESSIONNEL EN VUE D'UN RETOUR AU POSTE DE TRAVAIL ANTÉRIEUR
 RN03 INSTALLATION ET SUIVI D'UN PROGRAMME D'ENTRAÎNEMENT PROFESSIONNEL EN VUE D'UN POSTE DE TRAVAIL ADAPTÉ
 RN04 ÉLABORATION D'UN PROJET PROFESSIONNEL EN PRÉSENCE DU PATIENT
 RN05 RÉENTRAÎNEMENT PHYSIQUE GLOBAL À VISÉE PROFESSIONNELLE

Tableau 3 : Répartition des établissements au regard des actions de réinsertion professionnelle

Nombre d'actions	Nombre d'établissements
1 à 9	285
10 à 19	55
20 à 49	55
50 à 99	35
100 et plus	28
Total	458

Source : ATIH – PMSI SSR 2009

- [130] Une extraction de ces données a été réalisée pour les 29 établissements qui participaient en 2009 au programme COMETE. Les données des deux premières colonnes de chiffres sont issues de l'exploitation du PMSI 2009. Les données des 3 colonnes suivantes proviennent du rapport d'activité 2009 de l'association COMETE.
- [131] Les données de ce tableau doivent être interprétées avec précaution. En particulier, les données du PMSI et celle de COMETE relatives aux actions de PARP ne sont pas comparables. Ainsi, les données du PMSI portent sur l'ensemble des établissements de l'APHP, alors que les données COMETE ne portent que sur l'hôpital Raymond Poincaré de Garches. Le nombre de patients éligibles pour l'APHP est de 2760, alors que le nombre d'entrées à Garches figurant à la SAE n'est que de 1 472.
- [132] Figure par ailleurs dans les trois dernières colonnes du tableau le nombre de patients pris en charge dans le programme COMETE au titre de chacune des trois phases principales de cette prise en charge¹⁶. Le total de ces trois colonnes ne figure pas au tableau, car il comporterait une importante proportion de doubles comptes, un nombre important de patients étant pris en charge au titre de plusieurs phases au cours de la même année.
- [133] On peut seulement conclure de cette comparaison que seulement un peu plus du quart des patients éligibles à des actions de préparation et d'accompagnement à la réinsertion professionnelle figurent au PMSI 2009 comme ayant été pris en charge en phase 1, la proportion étant très variable selon les établissements.

¹⁶ Phases 1, 2 et 3. La phase 4 est une simple phase de suivi qui engage des moyens très limités

Tableau 4 : Patients ayant fait l'objet d'une prise en charge en réinsertion professionnelle – Comparaison PMSI données COMETE par établissement

Région	Etablissement	Eligibles PMSI	Réins prof. PMSI	COMETE Phase 1	COMETE Phase 2	COMETE Phase 3
Alsace	C.R.F. CLEMENCEAU STRASBOURG	933	394	170	98	38
Alsace	CENTRE DE READAPTATION MULHOUSE	291	62	149	112	44
Aquitaine	CRF LA TOUR DE GASSIES BORDEAUX	541	164	179	177	59
B-Normandie	CRRF LE NORMANDY (GRANVILLE)	1512	699	42	15	0
Bourgogne	CRF DIVIO	257	93	119	88	35
Bretagne	CRRF BEAULIEU RENNES	320	258	109	56	24
Bretagne	CRRF KERPAPE	1154	384	588	426	136
Centre	MAISON BEL AIR LA MEMBROLLE	217	24	23	13	0
Champagne-Ardenne	CRF POUR ADULTES Charleville-Mézières	362	243	128	75	26
H-Normandie	CRMPR LES HERBIERS BOIS GUILLAUME	417	39	113	126	33
Ile-de-France	AP-HP (Comete : H R Poincaré Garches)	1691	260	101	64	32
Ile-de-France	CENTRE READAPTATION FONCT COUBERT	712	496	141	82	38
Ile-de-France	CENTRE DU CHATEAU SOISY	345	316	94	67	31
Ile-de-France	CTRE MED PEDAG J ARNAUD BOUFFEMONT	124	31	93	41	19
Languedoc-Roussillon	CENTRE PROPARA	310	54	95	53	22
Languedoc-Roussillon	CENTRE DOCTEUR BOUFFARD-VERCELLI	448	16	116	75	22
Lorraine	CENTRE LOUIS PIERQUIN	1642	620	103	74	35
Midi-Pyrénées	CH BAGNERES-DE-BIGORRE	545	89	101	101	59
NPC	BERCK ETABLISSEMENT HOPALE	1903	541	354	288	82
Pays de la Loire	C.H.U. DE NANTES	807	159	115	147	59
Pays de la Loire	CENTRE REEDUCATION FONCTIONNELLE PEN-BRON	333	156	178	156	37
Pays de la Loire	CENTRE READAPT FONCT L'ARCHE	485	104	142	92	42
Picardie	CRF ST LAZARE BEAUVAIS	280	178	97	64	23
PACA	CTRE HELIO MARIN VALLAURIS	382	45	108	74	25
PACA	CLINIQUE ST-MARTIN MARSEILLE	496	78	123	101	26
PACA	CTRE MGEN CHATEAUBRIAND HYERES	242	57	117	59	21
Rhône-Alpes	C.R.F. LES BAUMES VALENCE	246	136	106	56	20
Rhône-Alpes	CHU SAINT ETIENNE	359	23	129	76	22
Rhône-Alpes	CRF VAL ROSAY SAINT-DIDIER AU MT D'OR	568	51	124	53	19
	TOTAL	19030	5770	4057	2909	1029

Sources : PMSI 2009 – Rapport d'activité COMETE 2009

3.1.2. La constitution d'équipes pluridisciplinaires

- [134] La démarche précoce d'insertion repose sur une prise en charge pluridisciplinaire dans laquelle une équipe spécialisée est intégrée dans un établissement de rééducation fonctionnelle¹⁷ et conduit une action qui s'intègre dans le processus global de réadaptation dans sa dimension médicale – rééducation des fonctions locomotrices et cognitives – et dans sa dimension psychologique et sociale.
- [135] Il ne serait donc pas raisonnable d'envisager que des actions de PARP soient organisées de manière autonome dans les quelque 1250 établissements dans lesquels, en 2009, avait été hospitalisé au moins un patient « éligible » à de telles actions.
- [136] La généralisation des actions de PARP doit reposer sur la constitution d'équipes pluridisciplinaires dont la composition doit s'inspirer de celles des équipes COMETE. La taille critique définie pour le programme correspond à la prise en charge de 100 nouveaux patients par an. Le nombre de patients « éligibles » dans les établissements « COMETE » est, à quelques exceptions près, d'au moins 250.
- [137] La référence pour la constitution d'équipes COMETE pourrait donc être les 120 établissements comptant plus de 250 patients « éligibles », sans pour autant en faire une règle. Ainsi, dans des agglomérations importantes, plusieurs établissements atteignent cette taille sans qu'il soit nécessairement souhaitable de créer une équipe dans chacun d'entre eux. Une réflexion doit donc être conduite par les ARS pour définir un dispositif en cohérence avec le contexte local.
- [138] L'échelon du territoire de santé – dans leur nouveau découpage, ils sont au nombre de 107, la majorité d'entre eux étant calqués sur les limites départementales – apparaît être une référence pour la mise en place des équipes. L'implantation d'une équipe de PARP dans chaque territoire de santé ne peut cependant pas être la règle. Dans certains contextes régionaux elles seront interterritoriales. Ainsi, en Bourgogne, où existent 4 territoires, 3 équipes pourraient être constituées ; en Bretagne pourraient s'envisager 4 équipes pour 8 territoires de santé.
- [139] La réflexion sur l'implantation des équipes de PARP doit être conduite dans le cadre de la préparation du volet SSR du schéma régional de l'organisation des soins. Les dispositions du SROS à cet égard devront trouver leur traduction dans les autorisations d'activité de SSR au titre des conditions techniques de fonctionnement et dans les contrats d'objectifs et de moyens des établissements concernés.
- [140] Les équipes de PARP auraient pour vocation de prendre en charge les patients hospitalisés dans les établissements du « périmètre » défini par l'ARS. Les relations techniques et financières entre l'établissement « siège » de l'équipe de PARP et les établissements bénéficiaires des prestations de l'équipe pourraient être organisées par simple convention. Dans certains cas, elles pourraient être formalisées dans le cadre d'une structure de coopération préexistante, à la condition qu'elle ait le même périmètre d'établissements, ou à créer, pour être le support d'une coordination des activités de SSR.

Recommandation n°1 : Définir dans les volets SSR des schémas régionaux d'organisation des soins l'implantation d'équipes de PARP ayant vocation à intervenir dans les structures de SSR d'un territoire

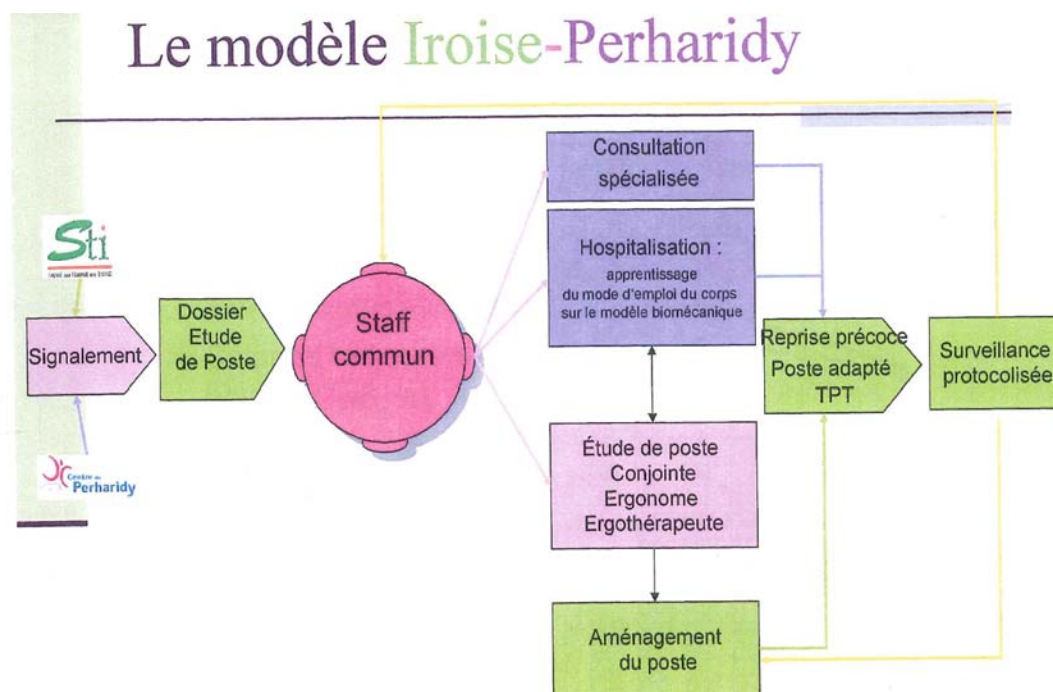
3.2. La prise en compte des actions de PARP initiées en dehors du programme COMETE

- [141] A la suggestion de l'ARS de Bretagne, ont été visités deux établissements non participant au programme COMETE. Il s'agit, d'une part, du centre de réadaptation professionnelle du PATIS-FRAUX, situé à VERN SUR SEICHE, à proximité de RENNES (35) et, d'autre part, du centre de PERHARIDY, situé à ROSCOFF (29).

¹⁷ Lorsqu'il s'agit d'établissements spécialisés, ce qui est le plus souvent le cas. Il s'agit de « structures » interne – le plus souvent un pôle d'activité clinique – dans les hôpitaux publics, qu'ils soient ou non universitaires

- [142] Le CRP du PATIS-FRAUX a été créé en 1967, à l'initiative du directeur de la caisse régionale d'assurance maladie de Bretagne, sur le modèle de l'institut national de réadaptation de GONDREVILLE, à proximité de NANCY. Il prend en charge, en hospitalisation de semaine, en moyenne d'une durée 7 semaines, sur prescription médicale et avec l'accord des organismes de prise en charge (assurance maladie, mutuelles), des patients en arrêt de travail. Les objectifs assignés au séjour sont la réadaptation fonctionnelle et le réentrainement à l'effort, l'évaluation des capacités et incapacités, la préparation à la reprise du travail et l'aide à l'élaboration de projet professionnel.
- [143] Ce centre a des missions et un mode de fonctionnement proches de ceux des centres de rééducation professionnelle (CRP) à caractère médico-social.
- [144] Le centre de PERHARIDY a mis sur pied avec le service de santé au travail de l'Iroise (SSTI) un programme de prise en charge des douleurs chroniques (lombalgies, TMS ...), initié dans le cadre d'un réseau créé en 1998, puis intégré, à partir de 2004, au programme départemental pour l'insertion des travailleurs handicapés du Finistère. Cette action a pour objectif une prise en charge adaptée de patients en situation de désinsertion professionnelle à la suite d'arrêts de maladie répétitifs et qui appréhendent le retour en entreprise ; pour ces personnes, les prises en charge classiques en rééducation ont peu d'impact en termes de capacité de travail.
- [145] Une cellule de coordination pour la prise en charge des affections en rhumato-traumato-orthopédie (CCARTO) a été créée en 2002 et, depuis 2008, des staffs médicaux ont été organisés entre les médecins du centre de Perharidy et le SSTI. La coordination doit permettre d'initier une prise en charge aussi précoce que possible et de coordonner étroitement rééducation à visée professionnelle (gestes en situation de travail) et aménagement du poste de travail. Le modèle de prise en charge est décrit dans le schéma ci-dessous.

Schéma 6 : Organisation des prises en charge par le centre de Pérharidy



Source : centre de Perharidy

- [146] Ce dispositif se situe dans une démarche très différente de celle du programme COMETE. Il ne s'agit pas de réinsertion professionnelle de patients hospitalisés en soins de suite, mais de l'organisation d'une prise en charge qui relève à la fois de la prévention de la désinsertion professionnelle et des soins de réadaptation. Il mériterait d'être pris en compte à la fois dans le programme de prévention de la désinsertion professionnelle mis en œuvre par l'assurance-maladie et dans le dispositif de prise en charge en soins de suite et de réadaptation.
- [147] Ces deux exemples d'initiatives locales, ancienne pour le Patis-Fraux, plus récente pour Perharidy, mettent en évidence que la « démarche précoce d'insertion » développée dans le cadre du programme COMETE n'est pas la seule mise en œuvre par les établissements de SSR et que d'autres types d'actions présentent un incontestable intérêt.
- [148] Il serait judicieux que la DGOS s'attache à les recenser et, après validation, puisse les prendre en compte dans le dispositif d'organisation des actions de PARP.

Recommandation n°2 : Réaliser un recensement des actions de réinsertion professionnelle conduites par les structures de SSR indépendamment du programme COMETE et, après validation, les inclure dans le dispositif d'organisation des actions de PARP.

3.3. La coordination entre les autorités de planification

- [149] Si les équipes de réinsertion professionnelles en SSR sont partie intégrante du fonctionnement hospitalier, il n'en est pas moins vrai qu'elles participent d'un domaine d'intervention publique à un point de rencontre entre l'organisation des soins en secteur hospitalier et en secteur médico-social, l'action sociale et la politique de l'emploi¹⁸.
- [150] *A l'échelon régional*, la nécessité d'une coordination des acteurs de la politique du handicap fait consensus. Cependant, les plans régionaux d'insertion professionnelle des travailleurs Handicapés (PRITH) qui ont fait suite aux plans départementaux d'insertion des travailleurs handicapés sont un cadre qualifié de balbutiant.¹⁹ On peut s'interroger à cet égard sur une double évolution qui confère au Département un rôle essentiel dans la mise en œuvre de la politique du handicap et la substitution d'une planification régionale à une planification départementale pour l'insertion professionnelle des handicapés.
- [151] Alors même que les ARS sont en charge d'une part importante du financement²⁰ de la politique de l'emploi des personnes handicapées, la circulaire du 26 mai 2009 relative à l'élaboration du PRITH n'a pas été mise à jour pour tenir compte de la création des ARS.
- [152] Aujourd'hui, trois documents ont vocation à traiter de la question. Deux relèvent du projet régional de santé - le schéma régional d'organisation des soins et le schéma régional d'organisation médico-sociale -, la troisième relève du préfet de région (DIRECCTE). Il serait très souhaitable que les deux autorités définissent dans un document conjoint les orientations stratégiques de la politique d'insertion professionnelle des personnes handicapées qui devraient être déclinées dans les documents de planification. Ce document devrait notamment comporter un diagnostic partagé sur les aspects communs de cette politique et la définition de principes relatifs au maillage territorial et à la coordination régionale et territoriale.

¹⁸ Voir § 1-4

¹⁹ Inspection générale des affaires sociales « Evaluation de la convention Etat / AGEFIPH 2008-2011 et perspectives pour une nouvelle convention ». Ce rapport souligne que « le foisonnement de conventions nationales et régionales sur le sujet, mobilisant l'Etat, l'AGEFIPH, le Fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées dans la fonction publique (FIPHFP), Pôle Emploi, la CNSA, l'Assurance maladie, les régions, les maisons départementales des personnes handicapées, selon des modalités, périmètres et calendriers variables, compromet tout pilotage unifié »

²⁰ Un document préparatoire au PRITH de la région Limousin fait état des financements suivants de la politique de l'emploi des personnes handicapées dans la région. Sur 54 M€ alloués en 2009 la répartition était la suivante :

ETAT: 14 M€
 Agence Régionale de Santé (crédits de l'assurance maladie) : 30M€
 FSE : 0,27 M€
 CONSEIL REGIONAL : 0,8 M€
 AGEFIPH : 8,4 M€
 FIPHFP : 0,53 M€

- [153] Le rôle spécifique et les objectifs assignés aux équipes hospitalières devraient figurer dans ce document, en prenant en compte les particularités de chaque contexte local, notamment pour ce qui concerne l'équipement en structures de prise en charge.

Recommandation n°3 : Elaborer conjointement entre DIRECCTE et ARS un document d'orientation sur la politique d'insertion professionnelle des personnes handicapées

- [154] Pour l'organisation de l'échelon local, celui où se mettent en œuvre les interventions des professionnels, il n'apparaît pas possible, ni sans doute souhaitable, de définir les contours précis d'un dispositif susceptible d'être généralisé, compte tenu de contextes locaux particuliers et du caractère inégal du maillage territorial en structures de prise en charge.²¹
- [155] Le « partenariat » est un mode habituel d'intervention des travailleurs sociaux. Il est souvent basé sur la création et l'entretien d'un réseau de relations interpersonnelles qui permet un mode d'intervention plus rapide et souvent plus pertinent que la relation interinstitutionnelle formalisée.
- [156] Le « partenariat » ainsi conçu a ses avantages. Il permet de contourner les lourdeurs institutionnelles et il confère une dimension plus humaine au traitement des dossiers. Il a cependant ses limites, car très dépendant de la bonne volonté des individus. Fondée sur la capacité de créer et d'entretenir un tissu relationnel, son efficacité est dépendante du talent individuel. Un changement de personnes peut facilement le désorganiser. Il permet aussi des jeux individuels dans lesquels les comportements pervers ne peuvent pas être exclus. La traçabilité des interventions peut en souffrir.
- [157] Il est donc nécessaire d'asseoir le « partenariat » sur un substrat institutionnel. Dans le programme COMETE, la formalisation des relations interinstitutionnelles est apparue assez limitée. Il y a peu de contacts entre responsables, peu de procédures formalisées, hormis des fiches de liaison entre services.
- [158] La multiplication de conventions, dont le contenu est souvent oublié aussitôt signées, n'est pas une solution satisfaisante. Par contre, des contacts réguliers, bien préparés, qui associent responsables et techniciens sur des ordres du jour définis, faisant l'objet de relevés de décision précis peuvent être un moyen d'asseoir la coordination interinstitutionnelle.
- [159] Pour le pilotage local du dispositif de réinsertion professionnelle des personnes handicapées, l'identification d'une tête de file reste souhaitable. La MDPH aurait une pleine légitimité pour être cette tête de file. Il n'est cependant pas certain qu'elles soient partout susceptibles d'assurer cette fonction, en raison des orientations données aux MDPH dans certains départements. Dans le cas où les MDPH ne pourraient assurer la fonction de coordination, l'organisme qui en serait chargé pourrait être désigné par décision commune du préfet de région et du directeur général de l'ARS.

Recommandation n°4 : Identifier à l'échelle de chaque territoire, un chef de file pour l'organisation des relations entre acteurs de la réinsertion professionnelle des patients hospitalisés en SSR

²¹ Voir § 1.4.2.4

4. LA DEFINITION D'UN MODELE DE FINANCEMENT DES ACTIONS DE PREPARATION ET D'ACCOMPAGNEMENT A LA REINSERTION PROFESSIONNELLE

4.1. *La répartition des financements entre assurance maladie et fonds professionnels est fondée sur des distinctions fragiles*

[160] Depuis son origine, le programme COMETE a bénéficié d'un double financement : dotations hospitalières, d'une part, AGEFIPH et FSE, puis FIPHFP, d'autre part. Le conseil d'administration de l'AGEFIPH a toujours eu une position réservée au regard de sa participation financière et jugerait souhaitable que les équipes COMETE soient intégralement financées par les dotations hospitalières, au motif que les établissements de soins ont une obligation de réadaptation et réinsertion.

[161] Ce point de vue est incontestable au regard des missions des structures de SSR, telles qu'elles figurent au catalogue des actes de rééducation et de réadaptation, qui compte pas moins de 49 items, sur un total un peu supérieur à 200, relatifs à la réadaptation sociale et professionnelle, et dont 17 concernent spécifiquement la réinsertion professionnelle.

[162] Le décret du 17 avril 2008 a renforcé ce point de vue, en faisant de manière explicite et non plus implicite, des actions de PARP, des missions à part entière des structures de SSR.

[163] Les actes de réinsertion sociale et professionnelle qui figurent au CdARR font d'ailleurs l'objet d'une prise en compte dans le calcul de l'indicateur de valorisation de l'activité (IVA). Ils sont donc d'ores et déjà intégrés dans le dispositif qui permet, dans la phase de préfiguration de la T2A SSR, de mettre en rapport des dotations des structures de SSR (DAF : dotation annuelle de fonctionnement) et leur production de soins.

4.1.1. **Le principe d'un cofinancement des actions de PARP ne doit pas être considéré comme intangible**

[164] La mise en correspondance entre les actions du programme COMETE et la clef de répartition du financement du programme COMETE entre l'assurance maladie et les fonds d'intervention pour l'insertion des travailleurs handicapés apparaît fragile.

[165] Le libellé des actions conduites par les équipes COMETE qui figure dans les accords-cadres triennaux COMETE- AGEFIPH -FIPHFP a été rapproché de l'intitulé des actes du catalogue des actes de rééducation et de réadaptation (CdARR).et du détail des actions sur lequel se base l'étude de répartition des coûts de 2007.

[166] La mise en correspondance – le tableau figure à l'annexe N°9 – fait apparaître que tant les rubriques de l'accord-cadre que celles de l'étude des coûts trouvent une correspondance dans le CdARR. On peut en conclure que les actions COMETE relèvent d'une activité « normale » des structures de SSR

[167] Le cofinancement assurance-maladie/AGEFIPH-FIPHFP des actions de PARP a eu pour vertu d'inciter à la prise en compte par les établissements de SSR d'une dimension de leur activité qui avait été négligée dans la période de montée du chômage, alors même qu'elle avait été à l'origine de l'implication de l'assurance maladie dans la création d'établissements, aujourd'hui regroupés au sein des UGECAM, afin de favoriser le reclassement professionnel des personnes victimes d'accidents du travail.

[168] La généralisation de la mission de réinsertion professionnelle, qui relève d'un programme jusqu'à présent réservé à des établissements spécifiés en nombre limité, retire son sens à l'idée d'incitation, à l'origine du financement « professionnel ». Les structures de SSR doivent désormais être mises en situation d'acteurs à part entière du dispositif d'insertion professionnelle des personnes handicapées, dont il a été dit plus haut qu'il doit être plus fortement coordonné et organisé.

4.2. Les actions de PARP sont peu prises en compte dans les travaux relatifs à la T2A SSR

[169] A la date de rédaction du présent rapport, les principales options de construction de la T2A SSR avaient été définies, ainsi que le programme des travaux préparatoires. Un certain nombre d'options restent cependant ouvertes, au regard desquelles seront examinées les conditions dans lesquelles les actions de PARP sont susceptibles d'être financées

4.2.1. Quatre « compartiments » ont été définis

[170] Le principe de la définition de 4 « compartiments » a été acté. Les quatre compartiments sont les suivants :

- Les plateaux techniques et ateliers d'appareillage spécifiques des activités de SSR
- Les molécules onéreuses
- Les MIGAC/MERRI
- L'activité

[171] Dans le principe, ce qui diffère de la tarification à l'activité des activités de MCO, c'est le compartiment « plateaux techniques ». Les décrets du 17 avril 2008 ont mis fin à la distinction entre « Soins de suite » et « Rééducation fonctionnelle », l'objectif explicite étant de « médicaliser » plus fortement les structures antérieurement autorisées pour l'activité de soins de suite et de leur donner un contenu technique plus important. Un certain nombre des professionnels rencontrés dans le cadre de cette étude regrettent cette évolution en faisant valoir la spécificité de l'activité des centres de rééducation, fondée sur une spécialité médicale, la médecine physique et de réadaptation (MPR) et sur la présence d'équipes paramédicales spécialisées pluridisciplinaires.

[172] La création d'un compartiment « plateaux techniques spécialisés » a été décidée en réponse à cette critique. Ce compartiment est destiné à financer non seulement des locaux et des équipements, mais aussi les équipes qui les font fonctionner.

4.2.2. L'entrée en vigueur de la T2A se fera en deux temps

[173] Le calendrier défini pour le basculement du mode de financement des activités de SSR a été défini à la fin de l'année 2010.

[174] L'entrée en vigueur du financement des molécules onéreuses et pour les MIGAC/MERRI est prévue dès 2012. Celle concernant l'activité et les plateaux techniques spécialisés est prévue pour 2013. Il a cependant été récemment annoncé que ce calendrier pourrait être retardé.

[175] Concernant l'activité, deux outils doivent être préalablement élaborés et validés. Il s'agit, d'une part, du remplacement du CdARR par le CSARR (Catalogue spécifique d'actes de rééducation et réadaptation), d'autre part, de la définition de l'échelle nationale des coûts commune (ENCC). La mise en œuvre des autres compartiments est précédée par des enquêtes réalisées au cours du premier semestre 2011.

4.2.3. Les actions de PARP sont globalement absentes des travaux préparatoires

[176] Les actions de PARP sont concernées par trois de ces travaux :

- L'enquête sur les plateaux techniques spécialisés
- La réalisation du CSARR
- L'ENCC

- [177] Concernant les *plateaux techniques*, certains établissements disposent d'ateliers pour les besoins des évaluations et des mises en situation de travail. Dans la liste des équipements²² susceptibles d'être pris en compte dans l'enquête « plateaux techniques n'est pas fait mention des ateliers de mise en situation.
- [178] En l'état, le projet de **CSARR** en cours de test dans les établissements les actes de réinsertion professionnelle ne figurent pas de manière explicite, alors qu'ils sont au nombre de 17 dans le CDARR²³. ... Dans son état actuel, le CSARR est organisé en quatre grands chapitres : les actes d'évaluation à visée diagnostique et de synthèse, les actes de prise en charge à visée thérapeutique et les actes d'appareillage et les actes d'éducation et d'information. Un cinquième chapitre, qui ne comporte que deux items²⁴ est intitulé « autres codes », sans précision. Les seules rubriques ayant un lien avec la réinsertion professionnelle sont :
- EV100 : Elaboration du projet de vie du patient avec rédaction du dossier pour la maison départementale des personnes handicapées
 - RE166 : Accompagnement du patient et/ou de son entourage pour la réalisation de démarches administratives pour réinsertion.
- [179] Dans le texte explicitant le contenu de ces deux items le terme « professionnel » ou « travail » n'apparaît pas. Alors que le pouvoir réglementaire a entendu mettre un accent particulier sur cette dimension de l'activité de SSR, il serait paradoxal que le CSARR soit en retrait par rapport au CDARR concernant les actions de réinsertion professionnelle, en particulier, les actions de réinsertion en général.

Recommandation n°5 : Intégrer dans le CSARR les actes de réinsertion sociale et professionnelle en ajustant le contenu du CdARR

- [180] Dans l'*ENCC*, on ne retrouve pas non plus trace des activités de réinsertion. Dans la liste des éléments de plateaux techniques spécialisés aucune mention n'est faite des ateliers de mise en situation de travail. Les activités de réinsertion professionnelle ne figurent qu'au titre des activités sociales et médico-sociales. Il s'agit des items suivants :
- 923.702.2 / *Préorientation pour adultes handicapés*
 - 923.702.3 / *Préparation et suite du reclassement*
 - 923.705.1 / *Rééducation professionnelle pour adultes handicapés*
 - 923.705.2 / *Réentraînement au travail*
- [181] La présence de ces items n'a pas pour objet d'en envisager le financement au titre de la T2A. Au contraire, ces activités sont identifiées dans les établissements qui ont à la fois des activités sanitaires et des activités médico-sociales, pour exclure les coûts correspondants de ceux des activités sanitaires tarifées à la T2A.

Recommandation n°6 : Compléter l'ENCC par la prise en compte des actions de préparation et d'accompagnement de la réinsertion professionnelle

²² « Sont concernés les plateaux de rééducation-réadaptation (plateaux de kinésithérapie, plateaux d'ergothérapie (y compris les équipements mobilisés pour la confection d'orthèses pour la main), gymnase, espace de balnéothérapie, salles d'orthoptie, salles d'orthophonie, salles de psychomotricité, cuisine éducative, ...) et les plateaux d'exploration fonctionnelle, notamment cardiologique, respiratoire et uro-dynamique ».

ATI – Plateaux techniques et ateliers d'appareillage - Enquête nationale 2011 – Guide méthodologique

²³ Ils sont listés à note N°15

²⁴ « NT001 – autres codes »

« ME001 – Acte relevant de la responsabilité du médecin »

4.3. Plusieurs options sont envisageables pour le financement des actions de PARP dans le cadre de la T2A SSR

[182] Les options pour le financement des actions de PARP dans le cadre de la T2A SSR sont les suivantes :

- l'intégration aux tarifs dans le compartiment activité
- le financement inspiré de celui de l'accueil des urgences
- le financement au titre des missions d'intérêt général
- le cas échéant, une prise en compte au titre des plateaux techniques quand les établissements sont dotés d'ateliers destinés à évaluer les capacités professionnelles des patients

[183] Le changement de financement des actions de PARP rend également nécessaire de réexaminer le rôle des financements de l'AGEFIPH et du FIPHFP, afin d'éviter un transfert de charges vers l'assurance maladie.

4.3.1. L'intégration aux tarifs

[184] Deux options avaient été évoquées en 2009 par la DGOS pour le financement du compartiment activité :

- une option de type IVA, dans laquelle chaque séquence de prise en charge fait l'objet d'une rémunération qui tient compte à la fois des caractéristiques du patient (pathologie, âge ...) et des actes de rééducation et de réadaptation effectivement réalisés au cours de la séquence ;
- une option inspirée du dispositif MCO, avec un classement des prises en charge selon une nomenclature de type GHS et la fixation de tarifs à partir d'une étude de coûts ; une sous-option consiste en la caractérisation des prises en charge en séquences (la semaine par exemple) ou le séjour ;

[185] Le lancement au printemps d'un test d'étude nationale de coûts commune (ENCC) peut faire penser que la deuxième option est privilégiée.

[186] Les actes de réadaptation professionnelle figurant au CdARR, cela a déjà été précisé, font l'objet d'une cotation en points IVA dans le dispositif mis en place en 2009. L'intérêt de cette cotation est de légitimer ces actes comme étant une dimension à part entière de l'activité de SSR.

[187] Par contre, l'intégration des actes de réinsertion professionnelle paraît plus difficile, mais pas inconcevable dans l'option de type MCO. Ainsi, dans le cadre de cette étude, la population de patients « éligibles » aux actions de PARP a été définie par le croisement de deux variables : l'âge (personnes ayant entre 18 et 55 ans) et la CMC (12 - Affections du système nerveux, 16 - Affections non traumatiques du système ostéoarticulaire, 17 - Affections traumatiques du système ostéoarticulaire et 18 - Amputations).

[188] Ces variables peuvent facilement être prises en compte dans la nomenclature des prises en charge, sous réserve de quelques ajustements.

[189] Le fait de limiter la prise en compte des actions de PARP à 4 CMC peut être contesté. La nécessité d'un reclassement professionnel peut en effet apparaître pour des patients ayant eu un accident cardiaque ou souffrant d'une insuffisance respiratoire, mais leur situation, de nature différente, peut et doit être prise en compte dans le cadre de l'éducation thérapeutique.

[190] La variable âge ne pose pas de véritable problème. En MCO, elle est partie intégrante de la classification des GHM/GHS, pour les enfants, d'une part, les personnes âgées, d'autre part. La création d'une catégorie « adultes » allant de 18 à 60 ans peut être envisagée. Le seuil d'âge de 60 ans est d'ailleurs cohérent avec celui des prises en charge en structures médico-sociales pour personnes âgées.

[191] Sur un plan strictement technique, l'intégration des actes de PARP dans le compartiment activité de la T2A SSR ne pose donc pas de problèmes insurmontables. Par contre, dans une construction des tarifs de type MCO, la globalisation du financement fait courir un risque au regard de la qualité des prises en charge. Les actions de PARP pourraient être parmi les premières actions négligées, d'autant qu'elles ne sont pas, dans la situation actuelle, réellement intégrées aux pratiques de la majorité des structures de SSR.

4.3.2. Un modèle mixte inspiré du financement de l'accueil des urgences

[192] Dans le cadre de la T2A MCO, les urgences hospitalières²⁵ font l'objet d'un mode de financement spécifique qui figure, avec le financement des GHS, dans l'ODMCO²⁶, et non dans les MIGAC²⁷.

[193] La rémunération de l'accueil des urgences repose sur :

- un forfait d'accueil des urgences (FAU) dont le montant de base correspond à 5000 passages et qui augmente pour chaque tranche supplémentaire de 2500 passages ;
- un tarif par passage, dit ATU (Accueil et traitement des urgences)
- une rémunération des hospitalisations en ZHTCD (zone d'hospitalisation de très courte durée) identique à celle des autres hospitalisations

[194] Pour le financement des actions de PARP un dispositif similaire serait concevable. Il pourrait comprendre :

- Un forfait correspondant à la constitution d'une équipe. La base de financement correspondrait à la prise en charge de 100 patients en phase 1 de la DPI décrite dans l'accord-cadre COMETE. Ce montant pourrait être augmenté par tranche supplémentaire soit de 25, soit de 50 patients.
- Un tarif spécifique par patient pour chaque acte réalisé par l'équipe de réinsertion.

[195] Ce dispositif devrait reposer sur :

- Une prise en compte dans l'ENCC des coûts des actions de PARP ;
- Un volet « Actes de PARP » dans le CSARR assis sur un travail de mise en correspondance entre les actes CSARR et le cadre méthodologique des équipes de réinsertion professionnelle.

[196] L'option de financement basée sur un forfait et sur un tarif de l'acte a plusieurs avantages : elle permet de concilier le financement de structures (les équipes hospitalières de réinsertion professionnelle) et le contrôle du niveau d'activité des équipes de réinsertion.

[197] Ce mode de financement est cohérent avec le décret du 17 avril 2008 faisant des actions de PARP des missions à part entière de l'activité de SSR. Il pose cependant une difficulté au regard du dispositif d'organisation proposé au point 3 du présent rapport et qui consiste en la constitution dans un nombre limité d'établissements d'équipes ayant vocation à intervenir dans les établissements d'un territoire. Le recueil de l'activité par le PMSI est réalisé par l'établissement dans lequel le patient est hospitalisé, alors même que les actions de PARP seraient conduites par l'équipe d'un autre établissement. Les relations entre les établissements – établissement support d'une équipe de réinsertion professionnelle, établissement dans lequel le patient est hospitalisé – pourraient cependant être définies par une convention prévoyant le reversement à l'établissement support d'une équipe de réinsertion professionnelle le montant des financements correspondant à ses interventions.

²⁵ Il s'agit des urgences hospitalières, qui font l'objet d'une organisation et d'un financement distincts des centres de régulation des appels (centres 15) et des SMUR (structure mobile d'urgence et de réanimation) dont le rôle est la prise en charge des urgences à domicile.

²⁶ Objectif des dépenses de médecine, chirurgie et obstétrique

²⁷ Missions d'intérêt général et aides à la contractualisation

4.3.3. L'identification d'une « mission d'intérêt général »

- [198] Une troisième option consiste dans l'identification d'une mission d'intérêt général située dans le compartiment MIGAC de la T2A SSR.
- [199] Cette option a le mérite de la simplicité. Elle devrait s'insérer dans le travail de modélisation que la DGOS souhaite conduire pour rationaliser les dotations au titre des missions d'intérêt général.²⁸
- [200] Elle n'est pas exempte de critiques, la principale étant que les MIG pourraient constituer une variable d'ajustement dont dispose l'autorité de tarification pour réaliser l'équilibre global des financements hospitaliers et pour réaliser des arbitrages entre les différents secteurs de l'hospitalisation..
- [201] Un contentieux introduit par la Fédération de l'hospitalisation privée devant la Cour de justice de l'Union européenne fait valoir dans son mémoire que l'attribution des MIGAC « *ne peut être considérée comme ayant été accordées au titre des compensations d'obligations de service public dans la mesure où l'avantage octroyé aux établissements publics ne précise ni la définition des charges spécifiques de service public, ni la quantification objective de ces charges* ».
- [202] Les établissements de santé sont au regard du droit de l'Union européenne des « services d'intérêt économique général » (SIEG). Dans ce cadre, une mission d'intérêt général, susceptible de faire l'objet d'une « compensation » des coûts qu'elle entraîne, doit être dévolue à l'entreprise par un acte exprès et explicite de la puissance publique (un mandat) ; elle doit revêtir un intérêt économique général qui présente des caractères spécifiques par rapport à celui que revêtent d'autres activités de la vie économique. La présence d'obligations de service public constitue, pour la Cour, le révélateur de la nature d'intérêt général de l'activité.
- [203] Pour être « euro compatibles » les bases de la « compensation » dont bénéficient les SIEG pour l'exercice d'une mission d'intérêt général doivent être précisées dans le mandat qui leur confie cette mission. Ce calcul doit être transparent et vérifiable.
- [204] Dans une note technique, la DGOS soulignait que près du tiers des MERRI²⁹ et 35 MIG autres que les MERRI pourraient ne pas être en conformité avec le droit de l'Union européenne.
- [205] Pour être compatibles avec le droit européen, le financement d'une MIG relative aux actions de PARP devrait donc être basé sur un calcul « transparent et vérifiable ».
- [206] Comme pour l'option consistant à définir des forfaits « Actions de PARP » comme un des éléments du compartiment activité, l'identification d'une MIG supposerait qu'en soit fait le recueil par le PMSI, et par conséquent qu'elles soient décrites dans le CSARR, et qu'un recueil de leur coût soit réalisé par l'ENCC.
- [207] En conclusion, l'option consistant à intégrer dans le compartiment activité un dispositif de financement des actions de PARP inspiré de celui de l'accueil des urgences présente plusieurs avantages :
- Elle consacre les actions de PARP, en cohérence avec le décret de 2008, comme une activité à part entière de des structures de SSR et non comme une mission d'intérêt général qui pourrait ne concerner que certains établissements.

²⁸ Dans le rapport 2010 au Parlement sur les missions d'intérêt général et l'aide à la contractualisation des établissements de santé, la DGOS s'est engagée à conduire un travail de modélisation des missions d'intérêt général. Selon les termes de ce rapport : « *Cette modélisation de la construction de certaines dotations obéit globalement à deux types de logique et se construit alternativement sur l'une des bases suivantes :*

· *Un référentiel standard d'activité, soit un financement fondé à la fois sur l'estimation du coût des moyens, principalement en personnel, structurellement nécessaires à la mise en œuvre de la mission et sur les données réelles de l'activité, en fonction de différents seuils de la file active de patients pris en charge ou de dossiers traités.*

· *Une appréciation des surcoûts, soit des dépenses non prises en compte par les tarifs, supportés par des établissements qui font face à une contrainte forte liée à une politique de santé publique ».*

²⁹ Missions d'enseignement, de recherche, de recours et d'innovation

- Elle est celle qui apporte les meilleures garanties à l'objectivation de leur financement grâce à leur inscription dans le PMSI ; l'inscription dans le compartiment activité légitime l'organisation de contrôles T2A de l'effectivité des actions.
- Elle garantit la traçabilité des actions et facilite leur évaluation.

Recommandation n°7 : Définir un mode de financement des actions de préparation et d'accompagnement de la réinsertion professionnelle s'inspirant du mode de financement de l'accueil des urgences : financement des structures comprenant un socle augmenté par tranches en fonction du nombre patients pris en charge, forfait directement en lien avec les actes réalisés

4.3.4 La contribution financière de l'AGEFIPH et du FIPHFP : éviter un transfert de charges vers l'assurance maladie

[208] La généralisation des actions de PARP et le changement de leur mode de financement ne doivent pas conduire à un transfert de charges financières vers l'assurance-maladie au bénéfice de l'AGEFIPH et du FIPHFP. Le montant global de leur contribution en 2011 est de 4 168 405 € dont 3 850 898 € pour le financement direct des équipes et 317 507 € pour le financement de l'association nationale COMETE France. Il est nécessaire que le futur dispositif de financement garantisse un effort au moins équivalent des fonds professionnels au bénéfice des patients hospitalisés en SSR.

[209] La T2A a vocation à financer la prise en charge pendant le séjour. On peut donc admettre que les actions conduites au bénéfice des patients hospitalisés en SSR après que leur séjour ait pris fin relèvent d'un financement des fonds professionnels. Le principe d'une répartition des financements entre l'assurance-maladie pour les actions conduites pendant le séjour hospitalier et l'AGEFIPH et le FIPHFP pour les actions conduites au bénéfice des mêmes personnes après la fin du séjour apparaît peu contestable.

[210] L'application de ce principe soulève cependant deux questions. La première est celle de savoir dans quelle mesure les équipes hospitalières ont vocation à poursuivre leurs interventions après la sortie d'hospitalisation et à quel moment et dans quelles conditions elles doivent transmettre le relais aux structures dédiées à l'accompagnement de l'insertion professionnelle des personnes handicapées. La seconde est celle de savoir si le principe du financement par les fonds professionnels des actions réalisées par les équipes hospitalières après la sortie des patients est de nature à préserver la contribution des fonds professionnels.

4.3.4.1 La poursuite des actions de PARP après la fin du séjour hospitalier

[211] Concernant la première question, l'association COMETE France met en avant le fait qu'à la sortie d'hospitalisation, le parcours d'insertion, le plus souvent, est seulement amorcé. Dans un souci de continuité, qui serait également un gage d'efficacité, grâce à la relation instituée entre le patient et l'équipe et par la connaissance précise de son état par cette dernière, il serait souhaitable, selon COMETE France, que les actions amorcées par les équipes d'insertion pendant l'hospitalisation puissent se poursuivre après la sortie.

[212] La nécessité d'un suivi du patient au-delà de la réalisation du projet d'insertion professionnelle figure également dans la recommandation de bonnes pratiques récemment labellisée par l'HAS qui recommande « *qu'une période de sécurisation de l'insertion de 6 mois soit réalisée, par le référent de l'équipe DPI de la personne, afin :*

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

[213] Il apparaît à la mission IGAS que, dans un souci de clarification du rôle des différents acteurs, le relais devrait être passé dès que possible après la fin du séjour en SSR aux acteurs non hospitaliers de la réinsertion professionnelle, tant parce que ce n'est pas la vocation première des établissements de santé d'intervenir alors que la prise en charge hospitalière est terminée, que pour renforcer la coordination les acteurs et éviter des situations de concurrence entre structures..

[214] Cette règle ne peut cependant avoir un caractère absolu. Ainsi, le comité de pilotage du programme COMETE s'est interrogé sur ce point et tous ses membres ont jugé pertinent, concernant les patients qui doivent être accompagnés pour qu'ils soient en mesure de conserver leur emploi, de permettre aux équipes Comète d'aller au bout de la démarche plutôt que de passer le relais à des équipes Sameth avec toutes les lourdeurs que cela imposeraient aux personnes et aux entreprises. Ils ont par contre jugé que le relais devait être passé à Cap-emploi, dès la sortie du patient, quand il s'agit de l'accompagner dans la recherche d'un emploi.

4.3.4.2 Le montant du financement par les fonds professionnels

[215] La phase 3 des actions COMETE intitulée « Mise en œuvre du plan d'action pour l'accès ou le maintien dans l'emploi » correspond pour l'essentiel à des actions réalisées après la fin du séjour hospitalier. Les calculs réalisés par la mission IGAS en valorisant les temps relevés par l'étude de coûts de 2007³⁰ permettent d'évaluer le coût de la phase 3 du programme COMETE à 21,9% du coût total du programme.

[216] Le maintien de la participation des fonds professionnelle serait assuré dans l'hypothèse où la généralisation des actions de PARP représenterait un doublement du coût des actions COMETE, hypothèse minimaliste au regard de l'écart entre le nombre de patients éligibles hospitalisés en 2009 dans les établissements COMETE, un peu supérieur à 19000, et le nombre de patients éligibles hospitalisés la même année dans les structures de SSR, un peu supérieur à 100 000.

[217] Le financement par les fonds professionnels des actions de PARP conduites par les équipes hospitalières à l'issue du séjour hospitaliers serait donc de nature à éviter un transfert de charges au détriment de l'assurance maladie. Ce financement devrait se faire en application de conventions conclues entre l'AGEFIPH et le FIPHFP, d'une part, et les établissements supports d'équipes de PARP, sur la base d'une convention type et d'un cadre financier définis de manière concertée entre la DGOS, la DGEFP, l'AGEFIPH et le FIPHFP.

Recommandation n°8 : Prise en charge par l'AGEFIPH et le FIPHFP selon des modalités définies par convention entre les deux fonds professionnels et les établissements de santé concernés, des actes réalisés par les équipes hospitalières au bénéfice de patients sortis d'hospitalisation

4.4. Un encadrement technique des équipes de réinsertion est nécessaire

[218] Le rôle de l'association COMETE France a été décrit dans la première partie du présent rapport (§1 1.4). Trois observations doivent être faites au regard de la généralisation des actions de PARP :

- Le triplement à terme du nombre d'équipes rend indispensable un support technique pour encadrer la montée en charge, dans un domaine dont la complexité a été soulignée tout au long du présent rapport.
- La généralisation des actions de PARP signifie que le programme COMETE prend fin. Cela signifie en particulier que l'adhésion systématique à l'association posée en règle dans un programme concernant un nombre limité d'établissements volontaire, apparaît difficile à maintenir dans un contexte de généralisation.

³⁰ Valorisation aux coûts moyens des praticiens hospitaliers et des personnels de la fonction publique territoriale pour 2007 publiés par la DHOS.

- Les visites en établissement ont fait apparaître le rôle limité joué par COMETE France dans l'apport aux établissements de l'encadrement et des outils techniques nécessaires à la conduite des actions, même si les deux colloques annuels sont un évènement important qui permettent aux équipes de se rencontrer et d'acquérir des connaissances sur des thématiques importantes. La priorité a été clairement donnée à la reconnaissance de la DPI par le monde médical. L'agrément par l'HAS d'une recommandation de bonnes pratiques démontre que cet objectif est atteint. Il est désormais nécessaire de privilégier une démarche plus technique et de travailler sur le contenu précis des actes, sur la confection de guides pour les besoins des équipes et sur des outils de connaissance précise de l'activité des personnels.

[219] L'acquis de COMETE France est irremplaçable. Le fait de conforter l'association dans une situation de monopole n'est cependant pas sans danger dans un contexte qui se transforme. Après 20 ans de programme COMETE, il pourrait être intéressant de lui insuffler du sang neuf et de tester de nouvelles approches. Par ailleurs, le monde de la MPR peut être traversé par d'autres courants et il peut être intéressant de favoriser une émulation.

[220] Une question se pose donc : doit-on considérer COMETE France comme détentrice de la légitimité pour être l'organisme support de l'animation et de l'encadrement technique des équipes de réinsertion professionnelle ?

[221] Une réponse à cette question pourrait être l'organisation d'un appel à projet qui laisserait la place à deux organismes support, à la condition que le règlement de consultation permette d'attribuer le rôle de support technique à la seule association COMETE France dans le cas où aucun autre organisme ne se présenterait ou qu'aucun de ceux qui se présenteraient n'offrirait de garanties suffisantes.

[222] Dans le cas où deux organismes seraient retenus, les établissements auraient la faculté de « s'affilier » à l'un ou l'autre. Une « affiliation » serait obligatoire, le montant du financement de chaque organisme étant lié au nombre d'établissements adhérents, un nombre minimal étant exigé. Les établissements auraient chaque année la possibilité de changer leur adhésion.

Recommandation n°9 : Organiser un appel à projet pour identifier, le cas échéant, deux organismes techniques destinés à encadrer les établissements dans l'organisation des actions d'insertion professionnelle.

[223] Concernant le financement de l'organisme technique, plusieurs solutions sont envisageables :

- La poursuite du financement par l'AGEFIPH et le FIPHFP
- Un financement global par l'assurance maladie sur des crédits d'aide à la contractualisation
- Un financement par une cotisation des établissements fonction du nombre de prise en charge
- Un financement mixte : une part financée globalement, une part par des cotisations.

[224] Le financement mixte serait probablement le plus approprié dans le cas où deux organismes seraient retenus : le financement national donnerait une base pour permettre un socle d'une solidité suffisante, les cotisations des établissements seraient le pendant de leur adhésion.



Patrick BROUDIC

Les recommandations de la mission

Recommandation N°1	Définir dans les volets SSR des schémas régionaux d'organisation des soins l'implantation d'équipes d'actions de PARP ayant vocation à intervenir dans les structures de SSR.
Recommandation N°2	Réaliser un recensement des actions de réinsertion professionnelle conduites par les structures de SSR indépendamment du programme COMETE et, après validation, les inclure dans le dispositif d'organisation des actions de PARP.
Recommandation N°3	Elaborer conjointement entre DIRECCTE et ARS un document d'orientation stratégique sur la politique d'insertion professionnelle des personnes handicapées
Recommandation N°4	Identifier à l'échelle de chaque territoire, un chef de file pour l'organisation des relations entre acteurs de la réinsertion professionnelle des patients hospitalisés en SSR
Recommandation N°5	Intégrer dans le CSARR les actes de réinsertion sociale et professionnelle en ajustant le contenu du CdARR
Recommandation N°6	Compléter l'ENCC par la prise en compte des actions de préparation et d'accompagnement de la réinsertion professionnelle
Recommandation N°7	Définir un mode de financement des actions de préparation et d'accompagnement de la réinsertion professionnelle s'inspirant du mode de financement de l'accueil des urgences : financement des structures comprenant un socle augmenté par tranches en fonction du nombre patients pris en charge, forfait directement en lien avec les actes réalisés
Recommandation N°8	Prise en charge par l'AGEFIPH et le FIPHFP selon des modalités définies par convention entre les deux fonds professionnels et les établissements de santé concernés, des actes réalisés par les équipes hospitalières au bénéfice de patients sortis d'hospitalisation
Recommandation N°9	Organiser un appel à projet pour identifier, le cas échéant, deux organismes techniques destinés à encadrer les établissements dans l'organisation des actions d'insertion professionnelle.

Annexe n°1 : Lettre de mission



Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé

Le Ministre

Inspection Générale Des Affaires Sociales
04 MARS 2011
N° <i>139</i>

Paris le 02 MAR. 2011

Note

**pour Monsieur Pierre BOISSIER,
Chef de l'inspection générale des affaires sociales**

- Objet :** Demande d'étude de l'IGAS sur l'avenir de l'association COMETE France et de ses équipes œuvrant à la Démarche Précoce d'Insertion (DPI) sociale et professionnelle dans certains établissements et services de médecine physique et de réadaptation (nouveaux établissements SSR).
- PJ :** 2 : quelques éléments synthétiques sur le rôle de COMETE, nouvel accord cadre en cours de signature entre COMETE et deux financeurs.

Depuis le 11 décembre 1991, l'association COMETE France (COMmunication-Environnement-Tremplin pour l'Emploi) a initié dans les établissements et services de médecine physique et de réadaptation (MPR) une prise en charge précoce de l'avenir professionnel des personnes handicapées hospitalisées, dans la perspective de construire avec les patients concernés et en lien avec l'équipe de l'établissement et les partenaires extérieurs, un projet professionnel en milieu ordinaire de travail, susceptible d'être mis en œuvre dès la sortie de l'hospitalisation. Cette action a été soutenue à l'origine par le Fonds Social Européen.

Un premier accord cadre national négocié entre tous les financeurs (DHOS, AGEFIPH et FIPHFP) et prévoyant les conditions d'adhésion des établissements, les critères de sélection des postulants, la répartition des financements et le rôle de l'association nationale, a été signé par deux financeurs AGEFIPH et FIPHFP et par COMETE-France pour couvrir les années 2008 à 2010. Le renouvellement de l'accord cadre pour trois ans (2011 à 2013) est en cours.

L'action des équipes COMETE connaît un succès grandissant qui se traduit par un nombre croissant de SSR sollicitant la présence d'une équipe et par une augmentation du nombre de prises en charge de patients dans certains établissements déjà dotés d'une équipe (allant jusqu'à +30% par an dans certains cas).

Si la nécessité d'une rééducation professionnelle précoce ne fait aucun doute, il convient désormais de préparer, au-delà du nouvel accord cadre, et compte tenu du fait que les décrets

d'avril 2008 ont inscrit la réinsertion professionnelle au titre des missions obligatoires des SSR, le repositionnement de l'offre spécifique COMETE et d'examiner les solutions de financement des activités de réinsertion qui s'y attachent, notamment dans la perspective de la réforme de financement des SSR qui est en cours de préparation..

Je vous remercie de bien vouloir me faire savoir s'il est possible d'engager une rapide étude sur les activités des équipes COMETE afin de déterminer les pistes d'évolution les plus appropriées avant la fin de l'année 2011.

J'ai conscience qu'il s'agit d'une demande
non prioritaire et te remercie de ton attention.
Car un sérieux est besoin d'un éclairage
externe

La Directrice générale
de l'ordre des SSI

Annie PODEUR

Annexe n° 2 : Personnes rencontrées

DIRECTION GENERALE DE L'OFFRE DE SOINS

Mme Dominique OSSELIN, adjointe au chef du bureau des prises en charge post aigües, pathologies chroniques, santé mentale
Mme Aurélie LEBOURGEOIS, chargée de mission

DIRECTION GENERALE DE LA COHESION SOCIALE

Mme Caroline BACHSCHMIDT, Adjointe au sous-directeur de l'autonomie des personnes handicapées et des personnes âgées
M Thierry BOULISSIERE, chargé de mission

DELEGATION GENERALE A L'EMPLOI ET A LA FORMATION PROFESSIONNELLE

M Jean François HATTE, Chef de la mission travailleurs handicapés DGEFP

CAISSE NATIONALE DE SOLIDARITE POUR L'AUTONOMIE

M Jean-Michel LAMIAUX, Chargé de mission insertion scolaire et professionnelle

CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE DES TRAVAILLEURS SALARIES

Mme Emmanuelle CAYADO
Mme Régine CONSTANT
Mme Evelyne DUPLESSIS, UGECAM
Mme LE LAN
Mme Marie-Christine LOCRET-BRIOLAT
Mme Dominique MENA-DUPONT
Mme Stéphanie PIERSON
M Jean-Louis VAES-OLIVERA directeur national des UGECAM

AGENCE TECHNIQUE DE L'INFORMATION HOSPITALIERE

Les données du PMSI SSR utilisées dans le rapport ont été traitées par Mme Joëlle DUBOIS

AGEFIPH

Mme Anne TOURLIERE, directrice des interventions
Mme Sylvie SURUN, Direction des Interventions
M Guy BIERNE, délégué régional Normandie
M Christian CASTAGNER, AGEFIPH Normandie
M Vincent DUFOUR, AGEFIPH Normandie
Mme Catherine LOGEAS, AGEFIPH, déléguée régionale Pays de Loire
M François MASSOLO, AGEFIPH, délégué régional de Bretagne
M Frédéric MIGNON, AGEFIPH Bretagne
Mme Soazig VADAYNE, AGEFIPH Bretagne

FIPHFP

M Philippe NICOLLE, directeur

AGENCES REGIONALES DE SANTE***ARS de Bourgogne***

Mme Monique CAVALIER, directrice générale
M Didier JAFFRE, directeur de l'offre de soins
Dr Corinne SCHOULER

ARS de Bretagne

Mme Marie-Annick COLLIN

ARS de Haute Normandie

M Claude D'HARCOURT, directeur général ARS
Mme Christine LE FRECHE, pôle organisation de l'offre médico-sociale
Dr François BRECHON, Pôle Organisation de l'Offre de Santé

ARS des Pays de Loire

Dr Anita SANKALE-DELGA

FEDERATIONS HOSPITALIERES***Fédération hospitalière de France – FHF***

M René CAILLET

Fédération de l'hospitalisation privée - FHP

M Philippe BURNEL, délégué général
M Theodore AMARANTINIS, délégué de la Confédération des soins de suite et de réadaptation
M Alain BARTEAU, CRF Le Normandy, GRANVILLE
M François-Michel GIOCANTI Clinique St Martin, MARSEILLE
M Franck LEBON, CRF Le Normandy, GRANVILLE
Dr CANO, CRF Le Normandy, GRANVILLE

Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne – FEHAP

M Yves-Jean DUPUIS, délégué général
Mme Sylvie AMZALEG
M David CAUSSE
M Benoît DOLE
Mme Julie GAUTHIER

COMETE FRANCE

Dr Michel BUSNEL, Président de COMETE France
M Joël CHEVALIER, Trésorier de Comète France, directeur du centre Jacques Calvé (Berck sur mer - Groupe Hopale)
Dr François MOUTET : Vice-président de Comète, directeur médical du centre marin de Pen Bron (La Turballe)
Mme Anna PICARD –RIBAULT, directrice de COMETE France

SOCIETES SAVANTES

Dr Francis LE MOINE, président de la fédération française de médecine physique et de réadaptation

Pr Alain YELNIK, Hôpital Fernand Widal, président de la Société française de médecine physique et de réadaptation

SERVICES ET STRUCTURES POUR L'EMPLOI DES HANDICAPES

Mme BRUEL, directrice du SAMETH de MONT SAINT-AIGNAN (76)

M CHAPEAU, directeur de l'UEROS du Centre L'ADAPT St André de l'Eure

Dr DARRIET, Médecin coordinateur de l'UEROS du Centre L'ADAPT St André de l'Eure

M DOUIS, Cap-emploi Rouen

M François LE BRUN, Pôle emploi Haute Normandie

Mme LEGAL, directrice du centre de formation et d'orientation professionnelle L'ADAPT de Serquigny (27)

Mme OUTIER, directrice de la MDPH de Seine Maritime

M RIO, référent de l'insertion professionnelle, MDPH de Seine Maritime

ETABLISSEMENTS VISITES***CENTRE MUTUALISTE DE KERPAPPE(56)***

Dr LE GUIET, chef du service d'insertion

M ATTARD directeur des services économiques et financiers

Mme STEPHAN, responsable du service d'insertion

Equipe d'insertion : Mme AUDIGER, Mme MARIE, Mme RABIN, Mme ROPERH

CRF DE L'ARCHE – SAINT-SATURNIN (72)

M FOGERON, directeur

Dr Nadine LEBASTARD

Mme Julie ARNOULD

Mme Valérie HERISSE

CRF DIVIO – DIJON (21)

M Loïc GRALL, directeur

Dr Brigitte LUCAS, médecin chef

Mme Fabienne SIMON, chef de service Projet social Comète France

Mme Karima AIT ABOU, chargée d'insertion

CHRU DE NANTES (44)

Madame Christiane COUDRIER, directrice générale

Madame Simone LAGARDE directrice de l'hôpital Saint-Jacques

Dr Charles DUBOIS, chef du pôle MPR

Dr STEFAN : Médecin délégué, responsable de l'organisation:

Madame Gaëlle BENIGUET : conseillère en Insertion Professionnelle

Madame Claire LAUNAY : chargée d'Insertion / Ergonome

M Fabrice LEHMANN, assistant de gestion du pôle MPR

CRF LES HERBIERS – BOIS-GUILLAUME (76)

Mr CHAVANELLE, Directeur CRMPR Les Herbiers

Mr PRIEUR, Directeur délégué

Pr BEURET-BLANQUART, Médecin coordonnateur CRMPR Les Herbiers

Dr Pascale ROPPENNECK, Médecin coordonnateur UMESH

CRRF DE TRESTEL – CENTRE HOSPITALIER DE LANNION (22)

M Florent VERSTAVEL, directeur délégué
Dr Joseph LAURENS chef du pôle de rééducation
Dr Thérèse LAUSECKER, médecin MPR, référent Comète
Mme Laurence GANTIER, ergothérapeute chargée d'insertion
Mme Cécile MOULIN, neuropsychologue
Mme Fleur NOWAK, chargée d'insertion

CENTRE DE READAPTATION PROFESSIONNELLE DU PATIS-FRAUX - VERN SUR SEICHE(35)

M Armand ROUX, Directeur
Dr Félix DARNAJOU
Mme Maryline VIVENOT, directrice-adjointe

CENTRE DE PERHARIDY – ROSCOFF (29)

Hélène BLAIZE, directrice générale
Gildas LE BOLC'H, contrôleur de gestion
Marie-Pierre ROUXEL, cadre de santé
Dr Max CANEVET, Médecin MPR, chef de service
Dr Dominique JEGADEN, médecin du travail, service de santé au travail de l'Iroise
Dr Xavier MALLAURAN, Médecin MPR Chef de service SSR locomoteur complexe
Marie-Renée JUNLT, Agent de liaison CCARTO
Sébastien DESVENT, coordonnateur des soins
Dr Sylvaine RUMEUR, présidente de la CME
Antony BEHRA, responsable administratif et financier

Annexe n°3 : Acronymes utilisés

AFTC	Association française des traumatisés crâniens
AFNOR	Association française de normalisation
AGEFIPH	Association de Gestion du Fonds pour l'Insertion Professionnelle des Personnes Handicapées
APF	Association des paralysés de France
PARP	Préparation et d'accompagnement de réinsertion professionnelle
ARS	Agence régionale de santé
ATIH	Agence technique de l'information hospitalière
AVC	Accident vasculaire cérébral
CASF	Code de l'action sociale et des familles
CDAPH	commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées
CdARR	Catalogue des actes de rééducation - réadaptation
CDES	Commission départementale de l'éducation spéciale
CMC	Catégorie majeure clinique
CNAM TS	Caisse nationale d'assurance-maladie des travailleurs salariés
CNSA	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
COMETE	COMmunication, Environnement, Tremplin pour l'Emploi
COS	Comité d'organisation sociale
COTOREP	Commission technique d'orientation et de reclassement professionnel
CREDOC	Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie
CRF	Centre de rééducation fonctionnelle
CRP	Centre de rééducation professionnelle
CNSA	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
CRSA	Conférence régionale de la santé et de l'autonomie
CSARR	Catalogue spécifique des actes de rééducation et de réadaptation
CSP	Code de la santé publique
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DHOS	Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
ENC	Etude nationale de coûts
ENCC	Etude nationale de coûts commune
FEHAP	Fédération des établissements privés d'hospitalisation et d'aide à la personne
FHF	Fédération de l'hospitalisation publique
FHP	Fédération de l'hospitalisation privée
FIPHFP	Fonds pour l'Insertion des Personnes Handicapées dans la Fonction Publique
FSE	Fonds social européen
GHM	Groupe homogène de malades
GHS	Groupe homogène de séjours
GMD	Groupe de morbidités dominantes
HAS	Haute autorité de santé
IVA	Indicateur de valorisation de l'activité
MCO	Médecine, chirurgie, obstétrique
MDPH	Maison départementale des personnes handicapées
MERRI	Missions d'enseignement, de recherche, de recours et d'innovation
MIGAC	Missions d'intérêt général et aides à la contractualisation
MPR	Médecine physique et de réadaptation
ODMCO	Objectif des dépenses de médecine, chirurgie et obstétrique
PDP	Prévention de la désinsertion professionnelle
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information

PRITH	Plan régional pour l'insertion des travailleurs handicapés
RHS	Résumé hebdomadaire standardisé
SAMETH	Services d'appui au maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés
SIEG	Services d'intérêt économique général
SOFMER	Société française de médecins physique et de réadaptation
SROS	Schéma régional d'organisation sanitaire devenu, depuis la loi HPST, le schéma régional d'organisation de soins
SSR	Soins de suite et de réadaptation
T2A	Tarification à l'activité
UGECAM	Union pour la gestion des établissements de l'assurance-maladie

Annexe n°4 : Les acteurs de la politique d'insertion professionnelle des personnes handicapées

1. LES AUTORITES COMPETENTES DANS LE CHAMP DE LA POLITIQUE DU HANDICAP

- [225] L'Etat est garant de l'égalité de traitement des personnes handicapées sur l'ensemble du territoire et définit des objectifs pluriannuels d'actions³¹.
- [226] Au niveau local, le Département définit et met en œuvre la politique d'action sociale³². Des schémas relatifs aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie sont arrêtés par le président du conseil général, après concertation avec le représentant de l'Etat dans le département et avec le directeur général l'agence régionale de santé³³.
- [227] Le directeur général de l'agence régionale de santé est en charge de l'élaboration du schéma régional d'organisation médico-sociale³⁴ qui est un des volets du projet régional de santé.
- [228] Le service public de l'emploi est chargé d'élaborer, sous l'autorité du préfet de région, un plan régional pour l'insertion des travailleurs handicapés³⁵. Ce plan, doit être « coordonné avec les politiques d'accès à la formation et à la qualification professionnelles des personnes handicapées ». Il doit comprendre un diagnostic, un plan d'action et des indicateurs de suivi et d'évaluation.

L'article L5211-2 du code du travail précise que « des politiques concertées d'accès à la formation et à la qualification professionnelles des personnes handicapées, visant à créer les conditions collectives d'exercice du droit au travail des personnes handicapées, sont définies et mises en œuvre par :

- 1° L'Etat ;
- 2° Le service public de l'emploi ;
- 3° L'association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des handicapés ;
- 4° Le fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique ;
- 5° Les régions ;
- 6° Les organismes de protection sociale ;
- 7° Les organisations syndicales et associations représentatives des personnes handicapées. »

³¹ Articles L 114-1 et L 114-2 du CASF

³² Article L 121-1 du CASF

³³ Article L 312-5 du CASF

³⁴ Article L 1434-12 CSP

³⁵ Article L 5211-5 du code du travail

2. LES OPERATEURS PRESCRIPTEURS

- [229] **Les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH)** créées par la loi de 2005 sur le handicap ont pris la place de deux institutions, les commissions départementales de l'éducation spéciale (CDES) et les commissions techniques d'orientation et de reclassement professionnel (COTOREP) dont le rôle était d'instruire, respectivement pour les enfants et pour les adultes, les demandes de reconnaissance du handicap ouvrant le droit à des prestations spécifiques et à la qualité de travailleur handicapé.
- [230] Elles sont constituées en groupement d'intérêt public dont le département assure la tutelle administrative et financière. Elles sont administrées par une commission exécutive présidée par le président du conseil général. En outre la moitié de ses membres sont des représentants du conseil général. C'est la convention constitutive qui définit le nature et montant des concours des membres du groupement à son fonctionnement.
- [231] Les compétences des MDPH sont plus larges que celles des commissions qu'elles remplacent. Aux termes de l'article L146-3 du CASF, outre l'instruction des dossiers de demande de reconnaissance du handicap qui seront présentés à la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées, elle « assure à la personne handicapée et à sa famille l'aide nécessaire à la formulation de son projet de vie, l'aide nécessaire à la mise en œuvre des décisions prises par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées, l'accompagnement et les médiations que cette mise en œuvre peut requérir. Elle met en œuvre l'accompagnement nécessaire aux personnes handicapées et à leur famille après l'annonce et lors de l'évolution de leur handicap. »
- [232] La MDPH gère un fonds départemental de compensation du handicap chargé d'accorder des aides financières destinées à permettre aux personnes handicapées de faire face aux frais de compensation restant à leur charge, après déduction de la prestation de compensation. Le département, l'Etat, les autres collectivités territoriales, les organismes d'assurance maladie, les caisses d'allocations familiales, les organismes régis par le code de la mutualité, l'AGEFIPH, le FIPHFH et les autres personnes morales concernées peuvent participer au financement du fonds.
- [233] Un référent pour l'insertion professionnelle est désigné au sein de chaque MDPH.
- [234] Le fonctionnement de chaque MDPH est différent d'un département à l'autre. De manière générale, il semble qu'elles exercent peu la mission d'accompagnement des personnes handicapées qui leur a été confiée par l'article 64 de la loi du 11 février 2005.³⁶
- [235] **L'AGEFIPH** est une association administrée par des représentants des salariés, des employeurs et des personnes handicapées ainsi que par des personnalités qualifiées qui gère le fonds de développement pour l'insertion professionnelle des handicapés. Elle peut attribuer, pour le compte de l'Etat, une aide financière aux employeurs afin de faciliter la mise ou la remise au travail en milieu ordinaire de production des personnes handicapées. Ces aides financent notamment la compensation du coût supplémentaire des actions de formation et les actions d'innovation et de recherche dont bénéficient les intéressés dans l'entreprise, ainsi que des mesures nécessaires à l'insertion et le suivi des travailleurs handicapés. L'AGEFIPH peut également apporter des aides aux travailleurs handicapés qui exercent une activité indépendante.

³⁶ Art. L. 146-3. du code de l'action sociale et des familles alinéa 2 : « La maison départementale des personnes handicapées exerce une mission d'accueil, d'information, d'accompagnement et de conseil des personnes handicapées et de leur famille, ainsi que de sensibilisation de tous les citoyens au handicap ». « La maison départementale des personnes handicapées assure à la personne handicapée et à sa famille l'aide nécessaire à la formulation de son projet de vie, l'aide nécessaire à la mise en œuvre des décisions prises par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées, l'accompagnement et les médiations que cette mise en œuvre peut requérir. Elle met en œuvre l'accompagnement nécessaire aux personnes handicapées et à leur famille après l'annonce et lors de l'évolution de leur handicap ».

- [236] Outre des aides aux entreprises³⁷ et aux personnes³⁸, l'AGEFIPH finance le réseau de placement Cap-emploi et celui des services d'appui au maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés (SAMETH).
- [237] La loi de finances pour 2011a transféré à l'AGEFIPH des compétences jusqu'à présent assurées par l'Etat : le financement et la mise en œuvre de parcours de formation professionnelle des demandeurs d'emploi handicapés ; la reconnaissance de la lourdeur du handicap et le traitement de la déclaration relative à l'obligation d'emploi et le versement de la prime de reclassement.
- [238] Le **FIPHFP** (Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la Fonction publique) a été créé par la loi sur le handicap du 11 février 2005. Son rôle est de promouvoir l'insertion professionnelle et le maintien dans l'emploi des personnes handicapées dans la Fonction publique. Il est constitué en établissement public administratif dont la gestion administrative est confiée à la Caisse des dépôts et consignations.
- [239] Son organe délibérant est un comité national qui comprend des représentants des employeurs, des salariés et des associations de handicapés. Des comités locaux sont placés sous la présidence du Préfet de Région. Le comité local est également un organe délibérant du FIPHFP. Les comités locaux définissent les priorités du fonds au niveau régional, prennent les décisions de financement des projets et l'utilisation des crédits alloués par le comité national
- [240] L'article L. 323-10-1 du code du travail prévoit la conclusion d'une **convention de coopération entre l'AGEFIPH et le FIPHFP**. Cette convention porte en particulier sur la mobilisation du réseau des organismes de placement spécialisé "Cap emploi", sur l'effort de formation et de qualification des demandeurs d'emploi handicapés et sur l'appui au maintien dans l'emploi.
- [241] Les deux organismes participent au financement à la démarche précoce d'insertion pendant l'hospitalisation dans les services de soins de suite et de réadaptation (SSR) dans le cadre du programme COMETE

3. LES STRUCTURES DE PRISE EN CHARGE DE L'INSERTION PROFESSIONNELLE DES PERSONNES HANDICAPEES

3.1. Préorientation

- [242] Le régime des centres de préorientation est défini par les articles R5123-2 et suivants du code du travail. Le texte prévoit qu'ils peuvent être rattachés à des établissements de réadaptation fonctionnelle ou de rééducation professionnelle. Leur compétence peut être interdépartementale ou régionale.
- [243] Bénéficiaires : travailleurs reconnus handicapés dont l'orientation professionnelle présente des difficultés particulières qui n'ont pu être résolues par l'équipe technique de la CDAPH
- [244] Prescripteur : CDAPH
- [245] Fonction : évaluation générale des capacités la personne – Capacités professionnelles compte tenu du handicap y compris en milieu de travail – formalisation d'un itinéraire de reclassement et d'une proposition d'orientation
- [246] Durée : 8 à 12 semaines

³⁷ Aides à l'apprentissage, prime au reclassement des travailleurs handicapés, prime à l'insertion, aides au contrat de professionnalisation

³⁸ Aide au bilan de compétences et d'orientation professionnelle, service appui projet, aides à la mobilité, formation des demandeurs d'emploi, aides techniques et humaines, service d'accompagnement à la création d'activité

3.2. Centres de rééducation professionnelle (CRP)

- [247] Les CRP sont des structures médico-sociales
- [248] L'admission se fait sur décision CDAPH au bénéfice de personnes reconnues travailleurs handicapés (RQTH)
- [249] Les CRP organisent des stages d'entraînement ou de réentraînement de la personne au travail en vue d'une insertion ou d'une réinsertion professionnelle
- [250] Trois types de formations sont proposées : des formations de préorientation (dont l'objectif est d'aider à élaborer le projet professionnel de la personne) et des formations préparatoires (dont le suivi est préalable à l'acquisition de nouvelles compétences). Ces dernières sont proposées dans 24 secteurs d'activité), des formations qualifiantes (200 formations qualifiantes du niveau BEP/CAP au niveau bac+2 sont
- [251] Les frais de formation sont pris en charge par l'assurance maladie
- [252] La durée de formation est de 10 à 30 mois

3.3. Unités d'Evaluation, de Réentraînement et d'Orientation Sociale et professionnelle (Ueros)

- [253] Les UEROS sont de structures médico-sociales
- [254] Elles sont réservées aux personnes cérébrolésées
- [255] L'entrée en UEROS peut être prescrite par la MDPH ou directement par un professionnel
- [256] Les prestations de UEROS sont les suivantes ;:
- Accueil, information, conseil
 - Evaluations préliminaires en vue d'un programme de réentraînement
 - Construction d'un programme de réentraînement
 - Construction avec l'intéressé et son entourage d'un projet d'insertion sociale incluant, le cas échéant, une intégration scolaire ou professionnelle
 - Elaboration d'un projet de vie
 - Mise en place d'un suivi
- [257] Les prises en charge en UEROS peuvent être itératives. La durée de prise en charge dans une UEROS est de 6 mois par période de 3 ans.
- [258] Textes : Article D312-161-1 à D312-161-10 CASF

3.4. Services d'appui au maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés (Sameth)

- [259] Il s'agit de structures financées par l'AGEFIPH et par le FIPHFP dont le rôle est d'intervenir pour éviter des licenciements.
- [260] L'admission est très ouverte. Les personnes sont admises sur demande des médecins du travail, des employeurs, d'une assistante sociale, salariés, MDPH, CHSCT, CARSAT
- [261] Les personnes admises dans les SAMETH peuvent être :
- des **salariés handicapés** (bénéficiaires au sens de l'article L 323.3 du code du travail) ou dont le handicap survient et qui sont :
 - soit déclarés inaptes ou en risque d'inaptitude à leur poste de travail, en voie de reconnaissance «travailleurs handicapés »
 - soit en arrêt de travail nécessitant une reprise adaptée à leur handicap
 - soit en situation de handicap aggravé du fait de l'évolution du contexte professionnel

- des travailleurs indépendants handicapés ou dont le handicap survient, entraînant un risque d'impossibilité de continuer à exercer leur activité professionnelle.

[262] Leur action se décline en 4 niveaux de prestation :

- Information : offrir à toute personne ou organisme des informations sur le maintien dans l'emploi des personnes handicapées
- Facilitation : faciliter la mise en oeuvre de la solution de maintien déjà identifiée dans l'entreprise et acceptée
- Conseil : éclairer sur les conditions d'une démarche de maintien
- Ingénierie : aider à la recherche et à la mise en oeuvre de la solution de maintien

Annexe n°5 : Un fonctionnement des équipes COMETE globalement conforme au modèle défini par l'association nationale.

1. LES ETABLISSEMENTS VISITES PRESENTENT UNE REELLE DIVERSITE

- [263] Les six établissements participant au programme COMETE³⁹ visités dans le cadre de l'étude, sont situés dans 4 régions différentes. Ils sont entrés dans le programme à des dates différentes : trois d'entre eux – Kerpape, Saint-Jacques et l'Arche – l'ont intégré dès son lancement en 1992, Divio en 2004, Les Herbiers en 2005 et Trestel en 2010. La visite s'est généralement déroulée en trois temps : un entretien avec la directeur de l'établissement et les responsables médicaux, une réunion avec l'équipe COMETE et une visite du site.
- [264] Une place particulière doit être faite au centre de rééducation de Trestel, choisi parmi les établissements visités en raison de son entrée récente dans le programme, avec pour objectif de mettre en évidence les modalités selon lesquelles a été constituée l'équipe COMETE et dont elle a acquis les compétences nécessaires. Cet établissement a une capacité de 99 lits d'hospitalisation complète et de 25 places d'hospitalisation de jour.
- [265] Quatre des établissements visités ont un statut privé non lucratif. Kerpape est géré par la Mutualité Française Finistère-Morbihan. Deux sont gérés par les organismes d'assurance-maladie : Les Herbiers, qui fait partie du groupe UGECAM et L'Arche, qui dépend de la mutualité sociale agricole. Divio fait partie d'une association nationale le « Centre d'orientation sociale » qui gère une vingtaine d'établissements principalement médico-sociaux.
- [266] Les deux derniers établissements font partie d'établissements publics de santé. L'équipe COMETE du CHRU de Nantes est intégrée au pôle de médecine physique et de réadaptation - soins de suite installé à l'hôpital Saint-Jacques. Le Centre de rééducation et de réadaptation fonctionnelle de Trestel est une des composantes du Centre hospitalier de Lannion-Trestel.
- [267] Le nombre d'entrées en hospitalisation complète en rééducation comptabilisé dans la statistique annuelle des établissements varie de plus du simple au double entre l'établissement qui a l'activité la moins importante (Divio, 601 patients en hospitalisation complète) et les deux établissements dans lesquels elle est la plus forte, Kerpape et Saint-Jacques, qui ont tous deux plus de 1400 entrées en hospitalisation complète. La capacité totale d'hospitalisation (hospitalisation complète et hospitalisation de jour) est très différente selon les établissements visités : elle est supérieure à 250 lits et place dans deux établissements, proche de 200 dans deux autres, et proche de 100 dans les deux derniers.

³⁹ Bourgogne : CRF Divio (Dijon – 21),

Bretagne : CMRRF de Kerpape (Ploemeur – 56), CRF de Trestel (Centre hospitalier Lannion-Trestel – 22).

Haute-Normandie : CRMPR Les Herbiers (Bois-Guillaume – 76),

Pays de Loire : CRRF de l'Arche (Saint-Saturnin-72), Hôpital Saint-Jacques (CHRU de Nantes – 44),

Tableau 5 : Etablissements visités : capacités et activité

	Capacité en hospitalisation complète	Capacité en hospitalisation de jour	Capacité totale	Entrées en hospitalisation Complète
<i>Les Herbiers</i>	152	50	202	872
<i>Divio</i>	90	10	100	601
<i>Kerpape</i>	204	72	276	1432
<i>Saint-Jacques (CHU de Nantes)</i>	249	28	277	1462
<i>L'Arche</i>	116	72	188	823
<i>Trestel</i>	99	25	114	1006

Sources : SAE 2009 – PMSI 2009

[268] Le nombre de patients inclus dans le programme COMETE est en 2009 un peu supérieur à 100 en phase 1 dans 4 établissements sur 5. Kerpape occupe une place très particulière : l'établissement, initiateur du programme, a obtenu des moyens très supérieurs à ceux des autres établissements : son équipe COMETE compte près de 14 équivalents temps plein (ETP), alors que les autres établissements bénéficient du financement « type » prévu à l'accord cadre pour une équipe constituée de 2,7 ETP⁴⁰. Le centre de Trestel, qui n'a intégré le programme qu'en 2010 n'est pas inclus dans cette statistique.

Tableau 6 : Etablissements visités : patients inclus dans le programme en 2009

	<i>Les Herbiers</i>	<i>Divio</i>	<i>Nantes</i>	<i>L'Arche</i>	<i>Kerpape</i>
<i>Phase 1</i>	119	119	118	142	588
<i>Phase 2</i>	126	88	147	92	426
<i>Phase 3</i>	33	35	59	42	136
<i>Etape 4 - 12 mois</i>	20	9	15	36	76
<i>Etape 4 - 24 mois</i>	21	20	20	13	72

Source : COMETE France - rapport d'activité 2009

[269] Les établissements visités – ou pour les deux centres hospitaliers, l'activité de MPR – distinguent tous dans leur organisation les prises en charge neurologiques et les prises en charge ortho-traumatologiques.

2. DES EQUIPES DONT LA COMPOSITION VARIE D'UN ETABLISSEMENT A L'AUTRE, MAIS EST CONFORME A L'ACCORD CADRE

[270] L'accord cadre précise qu'une équipe COMETE doit obligatoirement se composer a minima de 0,20 ETP de médecin et d'un ETP de chargé d'insertion/ergonome. Le nombre de patients susceptibles d'être pris en charge dans le cadre du programme doit être suffisant pour justifier la création et l'activité de l'équipe.

⁴⁰ Rappel : le financement accordé aux établissements pour une équipe de 2,7 ETP est accordé en contrepartie de l'engagement de prendre en charge 100 patients en phase 1, 50 patients en phase 2 et 25 patients en phase 3.

- [271] Chaque nouvelle équipe créée est financée pour l'emploi de 2,7 équivalents temps plein qui doivent justifier de la prise en charge de 100 patients en phase 1, de 50 patients en phase 2 et de 25 patients en phase 3.
- [272] Conformément à l'accord cadre, toutes les équipes des établissements visités disposent d'un médecin à 20%, de son temps, à l'exception de Kerpape qui dispose d'un médecin mi-temps et d'un ergonome ou d'un chargé d'insertion.
- [273] Dans quatre établissements sur six, l'équipe COMETE dispose à la fois d'un chargé d'insertion et d'un ergonome. Divio et Les Herbiers ont fait le choix de ne disposer que d'une de ces deux qualifications, chargé d'insertion pour Divio, ergonome pour Les Herbiers. Quatre sur six ont un temps de psychologue ou de neuropsychologue. Quatre sur six ont également un temps d'ergothérapeute. Trois sur six ont un temps de travailleur social, mais à Trestel, si les assistantes sociales de l'établissement ne font pas explicitement partie de l'équipe COMETE, elles lui apportent leur concours. Pour que l'effectif de Kerpape soit complet, il faut lui ajouter 0,5 ETP de coordinatrice, à la tête d'un service d'insertion, dans lequel l'équipe COMETE ne compte que pour moitié.
- [274] La composition des équipes n'est pas identique mais, à l'exception de celle de Kerpape, leur composition est assez homogène. L'effectif est conforme à l'accord cadre, un peu supérieur au centre de l'Arche, pour lequel il faut préciser que l'effectif réel à la date de la visite était de 3 ETP, le recrutement d'un chargé d'insertion pour une quotité de 0,3 ETP étant prévu mais non encore effectif.

Tableau 7 : Composition des équipes COMETE

	<i>Les Herbiers</i>	<i>Divio</i>	<i>Nantes</i>	<i>L'Arche</i>	<i>Kerpape</i>	<i>Trestel</i>
Médecin	0,2	0,2	0,2	0,2	0,5	0,2
Ergonome	1		1	1	3,45	0,5
Chargé d'insertion		1	1	0,3	1,3	0,5
Ergothérapeute	0,5	0,2			2	0,5
Psychologue				0,5		
Neuropsychologue					0,8	0,5
Travailleur social	0,5	0,9		0,5	3	
Secrétaire	0,5	0,7	0,5	0,8	1,75	0,5
Total	2,7	2,8	2,7	3,3	12,8	2,7

Source : *Etablissements*

- [275] Ces données peuvent être rapprochées de celles recueillies dans le cadre d'une enquête réalisée dans le cadre de l'élaboration de la recommandation de bonnes pratiques qui a porté sur 30 établissements Comete. Les données sont très proches.
- [276] Ces données peuvent être rapprochées de celles figurant au tableau 4, recueillies dans le cadre d'une enquête réalisée dans le cadre de l'élaboration de la recommandation de bonnes pratiques qui a porté sur 30 établissements Comete. Les données sont très proches.

Tableau 8 : Composition des équipes COMETE

Profession	% des établissements
Médecin de MPR	100
Assistant de service social	100
Ergonome	70
Ergothérapeute	70
Chargé d'insertion	63,3
Psychologue	46,9
<i>Dont psychologue</i>	<i>16,6</i>
<i> neuro-psychologue</i>	<i>13,3</i>
<i> psychologue du travail</i>	<i>13,3</i>
<i> psychosociologue</i>	<i>1</i>

Source : Association COMETE France

- [277] Un certain nombre de partis pris dans la composition des équipes sont apparus dans les échanges avec les établissements. Ainsi, à Trestel, dont l'équipe est la plus récente, les responsables ont décidé de recruter des temps partiels, quitte à compléter ces temps partiel par une activité différente au sein de l'établissement, comme c'est le cas pour l'ergonome qui a également la qualification de professeur d'activités physiques adaptées et à qui devrait être offert de compléter son activité dans cette spécialité. L'équipe de l'Arche compte également une majorité de temps partiels. A l'inverse les équipes de Nantes et de Divio sont plus ramassées et structurées autour de deux temps plein ou quasi temps plein.
- [278] Un autre point mérite d'être souligné : le lien, dans l'organisation des établissements, entre les activités de réinsertion sociale et les activités de réinsertion professionnelle. Deux établissements – Kerpape et Divio – ont explicitement organisé les activités de réinsertion sociale et de réinsertion professionnelle au sein d'un même « service ».
- [279] Dans les autres établissements visités, les actions de réinsertion sociale et les actions de réinsertion professionnelle font l'objet d'une organisation distincte. Dans ces établissements, les assistantes sociales sont généralement intégrées aux unités d'hospitalisation.
- [280] Les deux modèles ont leurs avantages. Le modèle intégré favorise la mise en cohérence des aspects sociaux et des aspects professionnels. A l'inverse, l'organisation des équipes COMETE en unités spécifiques à la réinsertion professionnelle permet d'identifier clairement leur action ; dans ce cas, l'intégration des assistantes sociales aux services de soins favorise leur proximité avec les équipes soignantes et la mise en cohérence entre rééducation et réinsertion.

Annexe n°6 : Etudes sur le devenir les personnes suivies par les équipes COMETE réalisées par le CREDOC⁴¹ en 2004 et en 2007

- [281] La première étude a été réalisée dans 9 établissements – 5 dotés d’une équipe COMETE, 4 non – auprès de 200 patients âgés de 16 à 55 ans sortis entre 2000 et 2002.
- [282] Les 200 personnes interrogées, qu’elles soient en activité professionnelle ou non, ressentent ce problème de santé comme un élément de limitation de leurs capacités professionnelles ;
- 84% déclarent se sentir limitées dans la nature du travail qu’elles peuvent réaliser du fait de leur handicap ;
 - 60% dans la quantité du travail ;
 - 48% dans leurs déplacements sur leur lieu de travail ;
 - 44% dans leurs déplacements entre leur domicile et leur lieu de travail.
- [283] L’étude fait apparaître que les personnes suivies par COMETE retravaillent deux fois plus souvent que les patients n’ayant pas bénéficié de ce suivi : 85% des 200 personnes interrogées avaient un CDI avant l’hospitalisation. La moitié d’entre eux occupaient toujours leur emploi ; parmi l’autre moitié, 25% des « Comete » sont restés dans la même entreprise contre 14% des « non-COMETE ».
- [284] De manière globale, au moment de l’enquête, 92% des patients suivis par une équipe COMETE sont dans une logique d’emploi⁴², contre 61% des patients non suivis. 53% des patients COMETE travaillent contre 27% des patients non COMETE :
- [285] 67% des patients « COMETE » déclarent que les actions dont ils ont bénéficié les ont aidés à retravailler contre 33% des patients « non-COMETE » ;
- [286] Les patients COMETE sont deux fois plus nombreux que les autres à avoir bénéficié d’une aide de l’AGEFIPH. 80% d’entre eux ont fait une demande de reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé, pour seulement 57% des autres.

⁴¹ « Etude sur le devenir professionnel des personnes suivies par les équipes COMETE ayant une démarche précoce s’insertion intégrées dans les établissements ou services de médecine physique et de réadaptation » Anne FONTEAU-LOONES, avec la collaboration de Marie-Odile SIMON. Etude réalisée à la demande de l’association COMETE France et de l’AGEFIPH - CREDOC Janvier 2004

« Etude sur la réinsertion sociale et professionnelle des personnes sortant d’établissement ou service sanitaire de médecine physique réadaptation (MPR) » Anne LOONES, Marie-Odile SIMON. Etude réalisée à la demande de la Fédération française des sociétés d’assurance – CREDOC, Juin 2007

⁴² En emploi, en arrêt de travail, en recherche d’emploi ou en formation

[287] La seconde étude a porté sur 400 patients sortis en 2003 et 2004, dans 14 établissements dont la moitié étaient dotés d'équipe COMETE. Trois groupes ont été distingués : les médullaires (paraplégiques et tétraplégiques), les cérébrolésés et traumatisés crâniens, les personnes ayant une autre déficience d'origine traumatique. Les résultats de l'étude de 2004 sur l'effet bénéfique de l'action des équipes COMETE sont confirmés pour ce qui concerne la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé. A la différence de 2004, sur l'ensemble des personnes interrogées, la proportion qui travaillent est la même, qu'ils aient été suivis ou non par une équipe COMETE ; cependant, les résultats de 2004 sont confirmés pour les blessés médullaires et les cérébrolésés, qui sont les patients pour lesquels les séquelles remettent le plus fortement en cause la reprise du travail au même poste et dans les mêmes conditions. L'effet de l'action de COMETE est moins net pour des populations dont les séquelles n'entravent pas la réalisation de leur projet professionnel.

Annexe n°7 : Modalités de financement du programme COMETE

Tableau 9 : Budget de référence par équipe

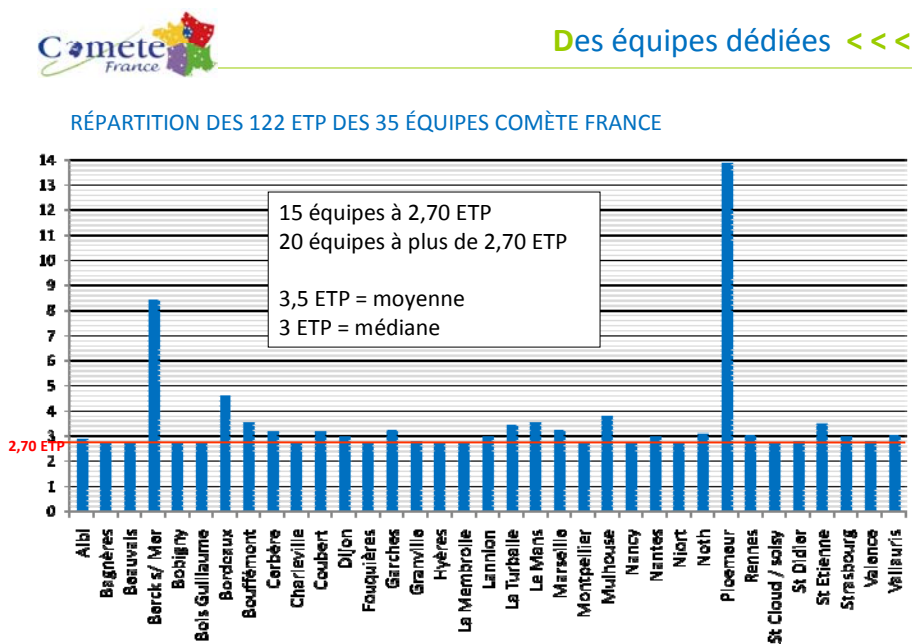
En euros

	Assurance maladie (55%)	AGEFIPH (36%)	FIPHFP (9%)	Total
2011	113 030	73 983	18 496	205 509
2012	115 290	75 463	18 866	209 619
2013	117 596	76 972	19 243	213 811

Source : accord cadre COMETE-Agefiph-FIPHFP

[288] Dans les faits, toutes les équipes ne correspondent pas au modèle de référence. C’est le cas de seulement 15 d’entre elles. Vingt équipes ont plus de 2,7 ETP, pour une moyenne de 3,5 ETP. L’équipe du CMRRF de Kerpape, avec près de 15 ETP, est la plus nombreuse. Elle est suivie par celle de Berk sur Mer qui compte 8,3 ETP.

Graphique 1 : Effectifs des équipes COMETE



[289] Le coût global du programme sera en 2011 un peu supérieur à 8,5 M€ Il sera de 9,33 M€ en 2013.

Tableau 10 : Montant des financements du programme

En euros

	Assurance maladie	AGEFIPH	FIPHFP	Total	Coût moyen/site
2008 - 28 sites	400 7024	2 950 537	327 937	7 285 498	260 196
2009 - 29 sites	408 7040	3 009 548	334 394	7 430 982	256 241
2010 - 34 sites	416 8781	3 069 739	341 082	7 579 602	222 929
2011 - 35 sites	470 6654	3 080 719	770 180	8 557 553	244 502
2012 - 36 sites	491 6078	3 217 797	804 449	8 938 324	248 287
2013 - 37 sites	513 1997	3 359 125	839 781	9 330 903	252 187

Source : Accords-cadre COMETE-Agefiph-FIPHFP

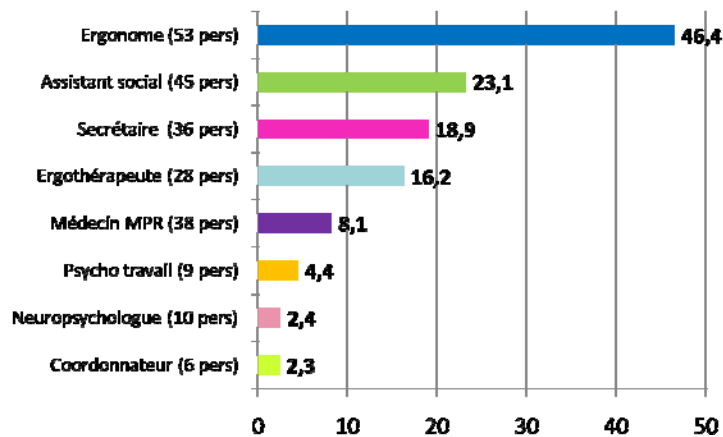
Graphique 2 : Effectif global des équipes COMETE par qualification professionnelle



Des équipes dédiées <<<

COMPOSITION DES ÉQUIPES

Répartition des 122 ETP des équipes Comète France



Lecture du graphique : 46,4 ETP d'ergonomes (correspondant à 53 personnes) ont été financés en 2010.
Sources. COM 2010 Comète France des établissements.

>>> COMÈTE FRANCE - 22

Source : COMETE France

Annexe n°8 : Mesure du coût des interventions des équipes COMETE

1. LES ETUDES DE COÛTS

- [290] Deux études ont été réalisées par l'association COMETE France. La première, réalisée en 2007 avait un objectif précis : objectiver la répartition des financements entre l'assurance-maladie (dotations hospitalières) et l'AGEFIPH selon la clef 55% assurance maladie, 45% pour l'AGEFIPH (le FIPHFP ne finance le programme que depuis 2008). Elle avait été pilotée conjointement par la DHOS et par l'AGEFIPH. Réalisée dans 5 établissements⁴³, elle porte sur la mesure des temps consacrés par chaque catégorie de personnel des équipes COMETE à chaque modalité d'intervention selon une nomenclature qui figure à l'annexe N°6. Les résultats sont donnés en temps.
- [291] La seconde étude a été réalisée en juin 2011 à la demande de la mission IGAS. Elle est plus complète que la première car elle porte non seulement, sur les temps d'intervention directs, mais aussi sur les temps de coordination des équipes d'une part, les coûts de fonctionnement des équipes et la quote-part des coûts de structure des établissements.
- [292] Elle a été réalisée dans 6 établissements : le Centre Jacques Calvé (Berck sur Mer-59), le CMPR Les Herbiers (Bois Guillaume, 76), le Centre Divio (Dijon-21), le centre hospitalier de Lannion-Trestel (22), le CMRRF de Kerpape (Ploemeur-56) et le Centre Les Beaumes (Valence-26).
- [293] Les principaux résultats de l'étude de 2011 figurent dans les tableaux suivants.

Tableau 11 : Temps et coûts directs moyens des interventions des équipes COMETE

(Les temps sont valorisés aux coûts moyens des personnels des établissements de santé établis par la DGOS pour 2007)

	Nombre de patients	Heures	€	Temps par patient en heures	Coût/patient
Repérage du patient	125	157,92	7620	1,26	60,96
Phase 1	100	711,52	26590	7,12	265,90
Phase 2	50	1050,45	34869	21,01	697,38
Phase 3	20	411,49	13376	20,57	668,80
Phase 4	22	47,56	1279	2,16	58,14
Coordination	118	1043,64	44668	8,84	378,54
Total		3422,64	128404		

Source : Association COMETE France. Calculs des temps et coûts par patient: Mission IGAS

⁴³ Berck-sur-Mer (Groupe Hopale), CRRF La Tour de Gassie (Bordeaux), Centre Bouffard Vercelli (Cerbère), Hôpital Raymond Poincaré (Garches) et Kerpape (Ploemeur)

Tableau 12 : Temps et coûts indirects des interventions des équipes COMETE

	<i>Temps (heures)</i>	<i>€ (arrondi)</i>
Temps de coordination d'une équipe COMETE France	405	16679
Temps de coordination de l'action DPI COMETE FRANCE	437	16876
Temps de participation aux réunions COMETE FRANCE + formations	344	15520
Temps d'ancrage de l'action DPI dans le « paysage local »	810	33342
Total	1997	81419

Source : Association COMETE France

2. LA PRODUCTIVITE RELATIVE DES EQUIPES COMETE

[294] Un indice de productivité des équipes COMETE a été calculé à partir des données figurant au rapport d'activité 2009. et des résultats de l'enquête de juin 2011

[295] Dans un premier temps, le coût des phases 2, 3 et 4 des interventions COMETE a été rapporté au coût de la phase 1, afin de calculer un indice de coût relatif. Les coûts directs d'intervention – coûts des personnels des équipes sans les coûts de coordination – ont été retenus pour le calcul de la pondération, la prise en compte des coûts indirects ne modifiant pas le résultat, étant affectés aux actions au prorata des coûts directs.

Tableau 13 : Base de calcul d'un indice de coûts relatifs des 4 phases

	Activité de référence d'une équipe (Nombre de patients prise en charge)	Coût direct pour l'activité de référence	Coût par patient	Coût direct par patient des phases 2, 3 et 4 rapporté au coût de la phase 1
Phase 1	100	26590	265,9	
Phase 2	50	34869	697,4	2,62
Phase 3	20	13376	668,8	2,52
Phase 4	22	1279	58,14	0,22

Source : Données : Association COMETE France - Calculs mission IGAS

[296] L'indice de coût relatif a été appliqué aux chiffres de patients pris en charge par chaque équipe COMETE figurant dans le rapport annuel 2009 de l'association COMETE France, afin de pondérer leur activité en fonction de la lourdeur de la prise en charge pour chaque phase. L'activité pondérée de chaque établissement a été rapportée à l'effectif de l'équipe COMETE communiqué par l'association et qui figure dans le schéma N°1 à la page 16 du présent rapport.

[297] Les établissements concernés sont au nombre de 30 sur les 31 établissements figurant au rapport d'activité 2009 de l'association. Le CRF « Le Normandy » de Granville, entré dans le programme au cours de l'année 2009 et en phase de montée en charge n'a pas été pris en compte.

[298] Le tableau 3 donne le résultat de ces calculs et permettent de constater d'importants écarts de productivité, alors même que l'activité des équipes est très protocolée.

Tableau 14 : Productivité relative des équipes COMETE

Etablissement	Comete Phase 1 Nombre de patients	Comete Phase 2 Nombre de patients	Comete Phase 3 Nombre de patients	Phase 2 pond. 2,62	Phase 3 pond. 2,52	Activité pondérée	Effectifs équipe COMETE	Indice de productivité
LA MEMBROLLE SOUS CHOISY	23	13	0	34	0	57	2,7	21
FOUQUIERES LES LENS	51	44	11	115	28	194	2,7	72
CTRE MED PEDAG	93	41	19	107	48	248	2,7	92
BOUFFEMONT CENTRE	95	53	22	139	55	289	2,7	107
PROPARA GARCHES	101	64	32	168	81	349	3,2	109
CHU SAINT ETIENNE	129	76	22	199	55	384	3,5	110
C.R.F. LES BAUMES	106	56	20	147	50	303	2,7	112
VALENCE CRF VAL ROSAY	124	53	19	139	48	311	2,7	115
SAINT-DIDIER AU MT D'OR	109	56	24	147	60	316	2,7	117
CRRF BEAULIEU RENNES	97	64	23	168	58	323	2,7	119
CRF ST LAZARE BEAUVAIS	117	59	21	155	53	325	2,7	120
CTRE MGEN HYERES	108	74	25	194	63	365	3	122
CTRE HELIO MARIN	116	75	22	197	55	368	3	123
VALLAURIS CENTRE DOCTEUR	94	67	31	176	78	348	2,7	129
BOUFFARD-VERCELLI	588	426	136	1116	343	2047	15	136
CENTRE DU CHATEAU SOISY	112	78	22	204	55	372	2,7	138
CRRF KERPAPPE ALBI	149	112	44	293	111	553	4	138
CENTRE READAPT	142	92	42	241	106	489	3,5	140
FONCT L'ARCHE CLINIQUE ST-MARTIN	123	101	26	265	66	453	3,2	142
MARSEILLE CENTRE LOUIS PIERQUIN	103	74	35	194	88	385	2,7	143

CRF POUR ADULTES Charleville- Mézières	128	75	26	197	66	390	2,7	144
BERCK - HOPALE	354	288	82	755	207	1315	8,3	158
CRF DIVIO	119	88	35	231	88	438	2,7	162
CRFCOUBERT C.R.F.	141	82	38	215	96	452	2,7	167
CLEMENCEAU STRASBOURG	170	98	38	257	96	523	3	174
CRF LA TOUR DE GASSIES BORDEAUX	179	177	59	464	149	791	4,5	176
CH BAGNERES- DE-BIGORRE	101	101	59	265	149	514	2,7	190
CRF PEN-BRON	178	156	37	409	93	680	3,5	194
CRMPR LES HERBIERS BOIS GUILLAUME	113	126	33	330	83	526	2,7	195
C.H.U. DE NANTES	115	147	59	385	149	649	2,7	240
TOTAL	4178	3016	1062	7901,92	2676,24	14756,16	103,6	142

Source : Données Association COMET

Annexe n°9 : Correspondance des actions de préparation et d'accompagnement de la réinsertion professionnelle entre le CdARR, les accords cadre COMETE-AGEFIPH-FIPHFP et l'étude de coûts de 2007

Tableau de correspondance des actions de PARP - Phase 1

COMETE accord-cadre	COMETE étude des coûts	CdARR
	Accueil et information	
	Evaluation de la demande	
Bilan et évolution médicale	Evaluation médicale	Rubrique 10 : Bilans
Evaluation des capacités fonctionnelles, intellectuelles et psychologiques des personnes en situation de handicap		Rubrique 10 : Bilans
Recensement des niveaux scolaire et professionnel	Recensement des niveaux scolaire et professionnel	Bilan des connaissances scolaire Bilan des capacités à mener d'études scolaires, une formation
Information du patient sur les prestations proposées et les solutions possibles		Information et formation du l'entourage
Evaluation de la demande	Evaluation des capacités	Rubrique 10 : Bilans
Information du patient sur les dispositions de la loi de 2005 et soutien pour la constitution des divers dossiers et démarches administratives permettant d'être bénéficiaire		Information et formation du l'entourage
	Mise en relation avec les partenaires d'insertion	Travail relationnel
	Bilan de la situation professionnelle - contexte entreprise	
	Bilan des acquis scolaires et professionnels	Bilan du passé professionnel formation
	Bilan neuropsychologique à visée professionnelle	Tests psychotechniques standard

Source : Mission IGAS

Tableau de correspondance des actions de PARP - Phase 2

COMETE Accord-cadre	COMETE étude des coûts	CdARR
	Etude de la situation juridique et administrative	
Evaluation des capacités professionnelles		Rubrique 10 : Bilans (synthèse)
Bilan des acquis scolaires et professionnels		Bilan du passé professionnel et du parcours de formation
Construction d'un projet professionnel (accès à l'emploi maintien) ou d'un projet de formation ou de reprise d'études		Elaboration d'un projet professionnel en présence du patient Mise en situation de travail du patient en vue d'une évaluation, d'une rééducation, d'un (ré) entraînement
	Mise en relation avec les partenaires d'insertion	Constitution et suivi des dossiers de retour a la vie sociale et professionnelle
Mise en place de tout le tissu social utile à l'emploi (permis de conduire, logement)	Mise en place du tissu social inhérent à l'action	Constitution et suivi des dossiers de retour a la vie sociale et professionnelle Etude d'aménagement du domicile Simulation de logement Aide à la recherche d'un domicile Entraînement à la conduite automobile (permis voiture)
	Evaluation des capacités en entreprise - mise en situation	Mise en situation de travail du patient en vue d'une évaluation, d'une rééducation, d'un (ré) entraînement
Préparation à l'entrée ou au retour en entreprise avec diagnostic préalable (évaluation du contexte de l'entreprise, mise en relation avec le médecin du travail, études et conseils ergonomiques)	Evaluation des capacités en entreprise - mise en situation Analyse de la situation de travail	Intervention ergonomique sur une situation de travail Médiation avec l'employeur et/ ou le médecin du travail sur le retour à l'emploi Entraînement et accompagnement à la recherche d'emploi Installation et suivi d'un programme de réentraînement professionnel en vue d'un retour au poste de travail antérieur Installation et suivi d'un programme d'entraînement professionnel en vue d'un poste de travail adapté
Passage de relais aux opérateurs d'insertion, lorsque le bénéficiaire est en recherche d'emploi		Constitution et suivi des dossiers de retour a la vie sociale et professionnelle
	Montage des dossiers AGEFIPH	Constitution et suivi des dossiers de retour a la vie sociale et professionnelle
	Montage des autres dossiers administratifs et financiers	Constitution et suivi des dossiers de retour a la vie sociale et professionnelle
	Entretiens de médiation avec les écoles et universités	Réadaptation à la scolarité (Réo)rientation scolaire ou universitaire
	Entretiens de médiation avec les entreprises	Médiation avec l'employeur et/ ou le médecin du travail sur le retour à l'emploi
	Entretiens de médiation avec les organismes de formation	Mise en place et accompagnement d'une formation professionnelle
	Entretiens de médiation avec les organismes de sécurité sociale	Prise de contact et organisation des liaisons avec les Intervenants à domicile
	Entretiens de médiation avec les organismes de sante au travail	Médiation avec l'employeur et/ ou le médecin du travail sur le retour à l'emploi

Source : Mission IGAS

Tableau de correspondance des actions de PARP - Phase 3

COMETE accord-cadre	COMETE études des	CdARR
	Validation des capacités professionnelles	Etude de faisabilité du projet y compris au regard de la législation du travail
	Validation du projet de formation	Etude de faisabilité du projet y compris au regard de la législation du travail
	Validation de la reprise des études	Etude de faisabilité du projet y compris au regard de la législation du travail
	Validation de la création d'activité	Etude de faisabilité du projet y compris au regard de la législation du travail
Mise en œuvre du plan d'actions pour les personnes pour lesquelles est prévu un retour à l'emploi dans leur entreprise	Aménagement de la situation de travail	Mise en place et accompagnement d'une formation professionnelle Entraînement et accompagnement à la recherche d'emploi Intervention ergonomique sur une situation de travail Médiation avec l'employeur/ ou le médecin du travail sur le retour à l'emploi
Passage de relais avec appui aux acteurs de l'insertion pour les personnes en recherche d'emploi	Montage dossiers AGEFIPH Montage dossiers MDPH Montage autres dossiers	Constitution et suivi des dossiers de retour a la vie sociale et professionnelle
Passage de relais avec appui aux acteurs de l'insertion pour les personnes en recherche d'emploi	Entretiens de médiation avec écoles et universités Entretiens de médiation avec l'entreprise Entretiens de médiation avec les organismes de formation Entretiens de médiation avec les services de santé au travail	Travail relationnel
Mise en place de tout le tissu social nécessaire à l'action, quand il a passage direct de la phase 1 à la phase 3, avec établissement des divers dossiers.	Mise en place du tissu social inhérent à l'action	Constitution et suivi des dossiers de retour a la vie sociale et professionnelle Etude d'aménagement du domicile Simulation de logement Aide à la recherche d'un domicile Entraînement à la conduite automobile (permis voiture)

Source : Mission IGAS

Annexe n° 10 : Résultats détaillés de l'étude de coûts 2011



Démarche Précoce d'Insertion socioprofessionnelle

Direction nationale - 14, rue Colbert -
56100 Lorient
02 97 350 828 Fax. 02 97 350 338
direction@cometefrance.com

ETUDE SUR LES ACTIONS MENEES PAR LES EQUIPES COMÈTE FRANCE ET LEUR FINANCEMENT

Etude réalisée par la direction nationale COMÈTE FRANCE

LE 3 AOÛT 2011

CONTEXTE & MÉTHODOLOGIE

Contexte de réalisation

La présente enquête a été réalisée dans le cadre de l'étude sollicitée par la DGOS (courrier du 2 mars 2011 de la directrice générale de l'offre de soin) auprès de l'IGAS, sur le thème « Etude sur l'organisation de la mission d'accompagnement à la réinsertion professionnelle des personnes prises en charge dans les unités de soins de suite et de réadaptation ».

Etablissements concernés

L'étude a concerné 6 établissements de SSR spécialisés membres du réseau COMÈTE FRANCE :

- Berck sur Mer – Centre Jacques Calvé – 62
- Bois Guillaume* – CMPR Les Herbiers – 76
- Dijon* – Centre Divio – 21
- Lannion / Trestel* – Centre hospitalier – 22
- Ploemeur* – CMRRF de Kerpape – 56
- Valence – Centre Les Beaumes – 26

* Etablissements audités dans le cadre de l'étude IGAS.

Méthode de recueil des données

Du 7 juin au 7 juillet 2011, les établissements précités ont été invités à remplir un document détaillant, pour chaque étape de l'accompagnement COMÈTE FRANCE, les temps consacrés par chaque professionnel. Deux grands types de temps ont été identifiés :

- **Les temps directs** sont ceux directement consacrés au projet d'insertion des patients. Ils comprennent :
 - o Le repérage du patient
 - o L'accueil du patient et l'évaluation de la demande (Phase 1)
 - o L'élaboration du projet d'insertion et l'évaluation de sa faisabilité (Phase 2)
 - o La mise en œuvre du plan d'actions pour l'accès ou le maintien dans l'emploi (Phase 3)
 - o Le suivi du devenir des personnes insérées pendant deux ans (Etape 4)
 - o Les temps de coordination du projet d'insertion (réunions de synthèses pluridisciplinaires...)
- **Les temps indirects** sont ceux consacrés par les professionnels de l'établissement pour assurer le bon fonctionnement de l'activité d'insertion socioprofessionnelle COMÈTE FRANCE. Il s'agit de temps non directement consacrés au projet d'insertion du patient. Ils comprennent :
 - o Les temps de coordination d'une équipe COMÈTE FRANCE (gestion des plannings, gestion administrative, éventuellement entretiens individuels d'évaluation...)
 - o Les temps de coordination de l'action DPI COMÈTE FRANCE (réalisation du COM, fiches de paie, négociation ARS...)
 - o Les temps de participation aux réunions COMÈTE FRANCE et les temps de formation de l'équipe

- Les temps d'ancrage de l'action COMÈTE FRANCE dans le « paysage » local (participation à diverses réunions avec les acteurs locaux du maintien dans l'emploi, MDPH, délégations régionales Agefiph, cellule de prévention de la désinsertion professionnelle... et présentation de CF aux partenaires divers comme les services de santé au travail, la CARSAT...)

Par ailleurs, les établissements participants ont été invité à indiquer les taux horaires de chaque professionnel cité dans les temps directs et/ou indirects ainsi que le détail des frais de fonctionnement de l'équipe COMÈTE FRANCE afin de pouvoir établir un coût moyen de l'action.

Méthode de traitement des données – Choix méthodologiques

Le traitement des données a été effectué par la direction nationale COMÈTE FRANCE sur la base des chiffres recueillis auprès des 6 établissements participants.

Durée du temps de travail

Compte-tenu des différentes conventions collectives et accords d'entreprises sur le nombre de congés payés et les modalités de mise en œuvre de la réduction du temps de travail en vigueur dans les établissements ayant participé à l'étude, il a été arrêté, pour moyenner efficacement les données :

- La durée hebdomadaire du travail est de 35 heures, soit 5 jours x 7 heures de travail pour un temps plein.
- La durée annuelle du travail pour un temps plein, est de 225 jours, soit 1 575 heures.

Pathologies

Seuls les 4 types de pathologies les plus fréquemment prises en charge par les équipes COMÈTE FRANCE ont été intégrés à l'étude. Il s'agit des...

- Atteintes ostéo-myo-articulaires (dont orthopédie, traumatologie, polytraumatologie, rhumatologie et maladie systémique)
- Pathologies rachidiennes
- Atteintes cérébrales (dont AVC, TC, sclérose en plaques, IMC, pathologies tumorales)
- Atteintes médullaires (paraplégie, tétraplégie, complète ou incomplète)

Ces 4 pathologies représentent 88 % des patients pris en charge, en Phase 1, par les équipes COMÈTE FRANCE. Ont été « exclu » de l'étude, les brûlés (1 % de « l'activité Phase 1 »), les amputés (3 % de « l'activité Phase 1 »), les personnes ayant une atteintes cardio-vasculaire (3 % de « l'activité Phase 1 ») et ayant une atteinte neurologique autre (Guillain Barré, atteints neuromusculaires, polyradiculonévrite... 5 % de « l'activité Phase 1 »).

Professionnels non mobilisés pour chaque accompagnement

Tous les professionnels de l'établissement de SSR spécialisé intervenant en faveur du projet d'insertion du patient, ne sont pas mobilisés de la même manière. Certains sont mobilisés systématiquement (ex. médecin de MPR), d'autres, selon les besoins (ex. psychologue du travail). Pour que les résultats relayent fidèlement cette réalité, il a été demandé aux établissements de quantifier la fréquence à laquelle intervient un professionnel qui n'est pas systématiquement mobilisé.

Ex. Un psychologue du travail consacre en moyenne 30 minutes à chacun des patients qu'il reçoit. En moyenne, sur 3 patients qui bénéficient de l'accompagnement COMÈTE FRANCE, il en reçoit un. Le temps retenu pour l'étude sera de 30 minutes / 3, soit, 10 minutes par accompagnement.

Différences dans le niveau d'accompagnement

Tous les patients pris en charge ne bénéficient pas du même niveau d'accompagnement. S'ils sont en effet pris en charge en Phase 1 (accueil et évaluation de la demande), tous ne poursuivent pas en Phase 2 (élaboration du projet d'insertion et évaluation de sa faisabilité) et/ou en Phase 3 (mise en œuvre du plan d'actions). Pour que les résultats de l'étude soient fidèles à cette réalité, les calculs ont été réalisés sur la base du contrat d'objectifs arrêté dans l'accord-cadre national COMÈTE FRANCE / AGEFIPH / FIPHP, à savoir 100 Phases 1, 50 Phases 2 et 20 Phases 3.

Moyens nécessaires à l'accompagnement en fonction des pathologies

Pour un même niveau d'accompagnement (jusqu'en Phase 3 par exemple), les moyens mobilisés par l'équipe COMÈTE FRANCE ne sont pas identiques en fonction des pathologies. Une personne ayant une atteinte médullaire et une autre ayant une atteinte cérébrale, ne mobiliseront pas exactement les mêmes professionnels et pas toujours dans les mêmes proportions. Pour intégrer cette réalité, deux étapes successives de calculs ont été réalisées :

- Arrêter le temps et le coût par professionnel pour un accompagnement pour chacune des quatre pathologies.

- pondérer le résultat unitaire obtenu pour chaque pathologie par l'activité 2010 réalisée par les équipes.

Ex. Pour le contrat d'objectifs de 100 Phases 1, le coût unitaire de chacune des 4 pathologies n'a pas été multiplié par 25. Proportionnellement à l'activité COMÈTE FRANCE 2010 en Phase 1, les atteintes ostéo-myo-articulaires représentent en effet 33 accompagnements, les pathologies rachidiennes 28, les atteintes cérébrales 25 et enfin les atteintes médullaires 14.

Limites méthodologiques

Interfaçage avec le PMSI

Compte-tenu du temps imparti, de la complexité et la multiplicité des données à recueillir et à traiter, il n'a pas été possible d'interfacer les données de la présente étude avec le PMSI SSR. L'outil statistique COMÈTE FRANCE, qui a servi de base au recueil des données par les équipes, n'est en effet pas organisé en fonction du PMSI mais selon une classification, arrêtée notamment par les médecins spécialisés en médecine physique et de réadaptation du réseau, pour leur retentissement sur l'emploi.

De fait, une pathologie valorisée dans les statistiques COMÈTE FRANCE peut recouvrir plusieurs Catégories Majeures Cliniques. C'est par exemple le cas des atteintes ostéo-myo-articulaires qui peuvent à la fois concerner la CMC 16 (Rhumatologie, orthopédie) et la CMC 17 (post-traumatisme). De plus, un patient ayant plusieurs pathologies, pourra être coté dans le PMSI, dans la CMC dominante alors que, pour l'équipe COMÈTE FRANCE la pathologie qui sera retenue sera celle posant le plus de problème au regard de l'emploi. Cette différence de « lecture » de l'information importante peut parfois générer des différences de cotation.

Des moyennes recouvrant des réalités diverses

Les résultats de la présente étude sont basés sur des moyennes qui doivent pouvoir être mises en perspectives avec les réalités, parfois très diverses, des établissements de SSR spécialisés. Ces différences peuvent être de trois ordres :

- En fonction des pathologies accompagnées. Selon les orientations éventuellement prises par l'établissement de SSR spécialisé (accent mis sur la neurologie, la traumatologie...), les réalités de l'équipe COMÈTE FRANCE peuvent s'en trouver modifiées tant au niveau des professionnels composant l'équipe que des temps consacrés par ces derniers aux projets d'insertion des patients.
- En fonction du degré d'implication dans les instances de l'association COMÈTE FRANCE. Les établissements dans lesquels un ou plusieurs professionnels sont membres du Bureau ou du Comité technique national, ont des temps indirects consacrés à l'activité de DPI COMÈTE FRANCE plus importants que les autres établissements. Pour la cohérence de la présente étude, ces temps spécifiques n'ont pas été intégrés aux calculs, malgré le fait que les établissements de Berck sur Mer, Dijon, Kerpape et Valence soient concernés par cette réalité. En moyenne, deux réunions de Bureau et trois réunions du Comité technique national ont lieu chaque année.
- En fonction de la taille de l'équipe COMÈTE FRANCE. Plus une équipe sera importante en nombre et plus ses besoins en coordination seront importants. Ces frais de fonctionnement seront également plus étoffés.

RÉSULTATS DE L'ÉTUDE

Récapitulatif des temps moyens annuels directs

	Pour l'activité annuelle de référence		
	Nombre	Heures	€
1. Repérage du patient	125	157,92	7 620,10
2. Accueil du patient et évaluation de la demande (Phase 1)	100	711,52	26 590,22
3. Elaboration projet d'insertion et évaluation de sa faisabilité (Phase 2)	50	1 050,45	34 869,00
4. Mise en œuvre du plan d'actions pour le maintien ou l'accès à l'emploi (Phase 3)	20	411,49	13 376,86
5. Suivi du devenir des personnes insérées deux ans après leur insertion (Etape 4)	22	47,56	1 279,68
6. Temps de coordination du projet d'insertion	118	1 043,64	44 668,20
	TOTAL	3 422,57	128 404

Récapitulatif des temps moyens annuels indirects

	Pour l'activité annuelle de référence	
	Heures	€
1. Temps de coordination d'une équipe COMETE FRANCE	405.28	15 679.27
2. Temps de coordination de l'action DPI COMETE FRANCE	437.60	16 876.87
3. Temps de participation aux réunions COMETE FRANCE + formations	344.40	15 520.98
4. Temps d'ancrage de l'action DPI COMETE FRANCE dans le « paysage local »	810.40	33 342.07
	TOTAL	1 997.68
		81 419

Synthèse des temps moyens annuels directs, indirects et des frais annuels de fonctionnement

	Pour l'activité annuelle de référence		référence 2011 accord-cadre
	Heures	€	€
1. Temps moyens directs	3 422,57	128 404	
2. Temps moyens indirects	1 997.68	81 419	
3. Frais de fonctionnement		81 145	
	TOTAL	5 420.25	290 968
			205 509

Synthèse de la composition d'une équipe COMETE FRANCE pour l'activité de référence

	ETP / AN	référence 2011 accord-cadre
Médecin de MPR	0,5	0,2
Coordonnateur équipe COMETE FRANCE	0,6	0
Ergonome / charge d'insertion	0,8	1
Paramédicaux (ergothérapeutes, psychologues...)	0,7	0,5
Travailleurs sociaux	0,5	0,5
Secrétaire	0,3	0,5
Direction administrative (direction, services RH, comptabilité...)	0,2	0
	TOTAL	3,52
		2,7

NB. Les équivalents temps plein indiqués dans le tableau ci-dessus peuvent être répartis sur plusieurs personnes.

ANALYSE DES RÉSULTATS

Des différences significatives existent entre les résultats de cette étude et le contenu de l'accord-cadre national conclu pour 3 ans entre COMÈTE FRANCE, l'AGEFIPH et le FIPHFP. Ces disparités sont de plusieurs ordres et témoignent d'une sous-estimation globale des actions et des moyens humains et financiers mobilisés pour l'action de démarche précoce d'insertion socioprofessionnelle COMÈTE FRANCE.

Des actions non intégrées dans le financement actuel

Cinq types d'actions ne sont pas intégrés dans le financement actuel des équipes COMÈTE FRANCE :

L'étape de repérage

Elle précède la Phase 1 d'accueil et évaluation de la demande et permet d'identifier, pour signalement à l'équipe COMÈTE FRANCE, les patients pour lesquels la problématique professionnelle pourrait se poser. Tous les patients repérés n'intègrent pas la Phase 1. Pour autant, ces dossiers mobilisent du temps, indépendamment de la poursuite de l'accompagnement qui sera mis en œuvre par l'équipe COMÈTE FRANCE.

Ex : certains professionnels de l'équipe COMÈTE FRANCE participent aux réunions médicales de pré-admission ce qui permet de faire ce repérage or, tous les dossiers vus au cours de cette réunion ne sont pas concernés par l'emploi et ne seront donc pas accompagnés.

L'Etape 4

Elle consiste à suivre, pendant deux ans, le devenir des personnes insérées, a été mise en place en 2004 sans moyen supplémentaire. L'étude montre que chaque suivi prend, en moyenne, 2h30. Ce temps n'est aujourd'hui toujours pas financé, malgré la pertinence de ce suivi pour dégager un certain nombre d'indicateurs mais aussi, et surtout, prévenir une éventuelle situation à risque par une alerte réalisée par l'équipe auprès du médecin du travail si nécessaire.

La coordination de l'équipe COMÈTE FRANCE

Elle n'a pas été prévue en tant que telle dans le dispositif initial de financement. Il avait en effet été considéré au départ qu'un des membres de l'équipe faisait office de coordonateur et, qu'à ce titre, il ne convenait pas d'identifier une ligne budgétaire à part entière. Or, notamment au regard des contraintes administratives de plus en plus fortes auxquels ils sont soumis, les établissements n'ont d'autre choix que de dégager un temps spécifiquement consacré à cette action de coordination pour permettre la réalisation des entretiens individuels d'évaluation, la gestion des plannings de l'équipe...

Les temps de coordination de l'action DPI COMÈTE FRANCE

Ils ne sont pas financés actuellement mais requièrent pourtant des temps importants et des compétences spécifiques. Ces actions, majoritairement engagées par la direction de l'établissement et les services ressources humaines et comptabilité, tiennent notamment dans les négociations avec l'ARS, la réalisation des contrats d'objectifs et de moyens COMÈTE FRANCE, des fiches de paie...

Les temps d'ancrage de l'action COMÈTE FRANCE dans le « paysage » local

Ils ne sont pas prévus dans le financement actuel de l'équipe COMÈTE FRANCE. Or, ces temps sont indispensables pour construire un réseau territorial efficace, avec les autres opérateurs de l'insertion car ils impliquent la participation à des réunions et informations diverses en lien avec les partenaires (Carsat, MDPH, Délégation régionale Agefiph, services de santé au travail...).

Des actions sous-évaluées dans le financement actuel

Parmi les actions dont le financement est prévu par l'accord-cadre national, 2 d'entre elles apparaissent comme partiellement prises en compte :

La coordination du projet d'insertion

Les résultats de l'étude montrent que ces temps spécifiques représentent une part importante de l'activité directement consacrée au projet d'insertion (34,8 %). Indissociables de l'interdisciplinarité qu'impose un accompagnement socioprofessionnel de qualité, ils sont indispensables à l'avancée du projet. Ils consistent en des synthèses pluridisciplinaires auxquelles participent tous les membres de l'équipe COMÈTE FRANCE, ainsi qu'en des actions administratives nécessaires à cette coordination (courriers divers, échanges téléphoniques...).

Les temps de participation aux réunions COMÈTE FRANCE et l'accès à la formation

Indispensables pour garantir la bonne marche du dispositif, les réunions (conseil d'administration, assemblée générale...) et formations (colloques nationaux) organisés par COMÈTE FRANCE permettent de maintenir la cohérence du réseau et rester informés sur les dernières actualités médicales, sociales et/ou professionnelles, en lien avec l'insertion des personnes handicapées.

CONCLUSION

Le financement 2011 d'une équipe COMÈTE FRANCE de référence (2,70 ETP) pour une activité de 100 Phases 1, 50 Phases 2 et 20 Phases 3 est arrêté dans l'accord-cadre national à 205 509 €. Cette étude montre que, pour cette même activité de référence, une équipe de 3,52 ETP est nécessaire ce qui correspond à un budget annuel global de 290 968 €.

Ce différentiel entre les résultats de l'étude et les termes de l'accord-cadre, s'explique par 2 facteurs essentiels :

- Les temps mobilisés en dehors de la présence du patient sont actuellement mal pris en compte (ex. temps de coordination du projet d'insertion), voire pas du tout financés (ex. repérage du patient et suivi du devenir des personnes insérées).
- Les temps non directement consacrés à un projet d'insertion, mais engagés pour la bonne marche du dispositif sont exclus du financement (ex. Temps de coordination de l'équipe COMÈTE FRANCE, de l'action de DPI et d'ancrage dans le « paysage local »).

Ces temps de coordination, particulièrement mal pris en compte, figurent pourtant en bonne place dans la recommandation de bonne pratique de « La démarche précoce d'insertion socioprofessionnelle en établissement de SSR spécialisé », dont la méthodologie d'élaboration a été labellisée par la Haute Autorité de Santé en juillet 2011. Celle-ci dispose en effet que « *La coordination est un point essentiel de la prise en charge ; il convient de différencier la coordination de l'équipe de DPI et celle du projet socioprofessionnel de la personne [...]* ».

L'étude détaillée des financements moyens calculés pour les besoins de cette enquête, illustre le fait que des actions sont actuellement mises en œuvre par les équipes COMÈTE FRANCE, sans contrepartie financière dans l'accord-cadre national. Ces actions sont donc actuellement financées par le seul budget octroyé aux établissements par l'Assurance maladie.

Récapitulatif des temps moyens annuels directs et indirects non financés par l'accord-cadre national actuel

	Pour l'activité annuelle de référence	
	Heures	€
Repérage du patient	157,92	7 620,10
Suivi du devenir des personnes insérées pendant deux ans (Étape 4)	47,56	1 279,68
Temps de coordination d'une équipe COMETE FRANCE	405.28	15 679.27
Temps de coordination de l'action DPI COMETE FRANCE	437.60	16 876.87
Temps d'ancrage de l'action DPI COMETE FRANCE dans le « paysage local »	810.40	33 342.07
TOTAL	1 858,76	74 798

Les actions non prises en compte actuellement pour le calcul du financement d'une équipe d'insertion socioprofessionnelle précoce COMÈTE FRANCE ajoutées à celles qui ne le sont que partiellement, conduisent, par ricochet, à sous-estimer de manière importante les temps consacrés par les professionnels de l'établissement de soins à l'action de DPI. Ces 3,5 ETP ne sont d'ailleurs pas cités pour la première fois comme une base cohérente pour la composition d'une équipe de référence. L'étude menée en 2007, dans le cadre du groupe de travail SSR, aboutissait en effet à cette même conclusion.

Aussi, pour permettre un financement cohérent de l'ensemble des actions nécessaires à l'activité d'insertion socioprofessionnelle précoce dans un établissement de SSR spécialisé, il convient de dépasser la stricte notion de financement du temps passé auprès du patient pour intégrer la logique du temps passé au service des projets d'insertion, que ce temps soit mobilisé en présence du patient ou non. Seule cette nouvelle direction permettra d'établir une cohérence entre les actions réellement menées sur le terrain et leur financement.