

2019-2020

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Qualification en médecine du travail

FACTEURS PRONOSTIQUES, OUTILS ET RÔLE DU MÉDECIN DU TRAVAIL POUR LE MAINTIEN EN EMPLOI DES TRAVAILLEURS APRÈS LÉSIONS CÉRÉBRALES ACQUISES

Adélaïde ROY, épouse PERRAUD

Née le 05/06/1990

Sous la direction de M. le Docteur ROCCHIETTA Didier et M. le
Docteur GUITTARD Matthieu

Membres du jury

Monsieur le Professeur ROQUELAURE Yves	Président
Monsieur le Docteur ROCCHIETTA Didier	Directeur
Monsieur le Docteur GUITTARD Matthieu	Codirecteur
Madame le Professeur PETIT Audrey	Membre
Monsieur le Professeur DINOMAS Mickaël	Membre

Soutenue publiquement le :
27/05/2020

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussignée Adélaïde PERRAUD née ROY
déclare être pleinement consciente que le plagiat de documents ou d'une
partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet,
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées
pour écrire ce rapport ou mémoire.

signé par l'étudiante le **10/02/2020**

LISTE DES ENSEIGNANTS DE L'UFR SANTÉ D'ANGERS

Directeur de l'UFR : Pr Nicolas Lerolle

Directeur adjoint de l'UFR et directeur du département de pharmacie : Pr Frédéric Lagarce

Directeur du département de médecine :

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	Physiologie	Médecine
ANNWEILER Cédric	Gériatrie et biologie du vieillissement	Médecine
ASFAR Pierre	Réanimation	Médecine
AUBE Christophe	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
AUGUSTO Jean-François	Néphrologie	Médecine
AZZOUZI Abdel Rahmène	Urologie	Médecine
BARON-HAURY Céline	Médecine générale	Médecine
BAUFRETON Christophe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
BENOIT Jean-Pierre	Pharmacotechnie	Pharmacie
BEYDON Laurent	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
BIGOT Pierre	Urologie	Médecine
BONNEAU Dominique	Génétique	Médecine
BOUCHARA Jean-Philippe	Parasitologie et mycologie	Médecine
BOUVARD Béatrice	Rhumatologie	Médecine
BOURSIER Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
BRIET Marie	Pharmacologie	Médecine
CAILLIEZ Eric	Médecine générale	Médecine
CALES Paul	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CAMPONE Mario	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CAROLI-BOSC François-xavier	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CHAPPARD Daniel	Cytologie, embryologie et cytogénétique	Médecine
CONNAN Laurent	Médecine générale	Médecine
COUTANT Régis	Pédiatrie	Médecine
COUTURIER Olivier	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
CUSTAUD Marc-Antoine	Physiologie	Médecine
DE BRUX Jean-Louis	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
DESCAMPS Philippe	Gynécologie-obstétrique	Médecine
DINOMAS Mickaël	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
DIQUET Bertrand	Pharmacologie	Médecine
DUCANCELLE Alexandra	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
DUVAL Olivier	Chimie thérapeutique	Pharmacie
DUVERGER Philippe	Pédopsychiatrie	Médecine
EVEILLARD Mathieu	Bactériologie-virologie	Pharmacie
FANELLO Serge	Épidémiologie ; économie de la santé et prévention	Médecine
FAURE Sébastien	Pharmacologie physiologie	Pharmacie
FOURNIER Henri-Dominique	Anatomie	Médecine
FURBER Alain	Cardiologie	Médecine
GAGNADOUX Frédéric	Pneumologie	Médecine
GARNIER François	Médecine générale	Médecine
GASCOIN Géraldine	Pédiatrie	Médecine
GOHIER Bénédicte	Psychiatrie d'adultes	Médecine
GRANRY Jean-Claude	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
GUARDIOLA Philippe	Hématologie ; transfusion	Médecine
GUILET David	Chimie analytique	Pharmacie
HAMY Antoine	Chirurgie générale	Médecine

HUNAUULT-BERGER Mathilde	Hématologie ; transfusion	Médecine
IFRAH Norbert	Hématologie ; transfusion	Médecine
JEANNIN Pascale	Immunologie	Médecine
KEMPF Marie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
LACCOURREYE Laurent	Oto-rhino-laryngologie	Médecine
LAGARCE Frédéric	Biopharmacie	Pharmacie
LARCHER Gérald	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
LASOCKI Sigismond	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
LEGRAND Erick	Rhumatologie	Médecine
LERMITE Emilie	Chirurgie générale	Médecine
LEROLLE Nicolas	Réanimation	Médecine
LUNEL-FABIANI Françoise	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
MARCHAIS Véronique	Bactériologie-virologie	Pharmacie
MARTIN Ludovic	Dermato-vénéréologie	Médecine
MENEI Philippe	Neurochirurgie	Médecine
MERCAT Alain	Réanimation	Médecine
MERCIER Philippe	Anatomie	Médecine
PAPON Nicolas	Parasitologie mycologie	Pharmacie
PASSIRANI Catherine	Chimie générale	Pharmacie
PELLIER Isabelle	Pédiatrie	Médecine
PICQUET Jean	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire	Médecine
PODEVIN Guillaume	Chirurgie infantile	Médecine
PROCACCIO Vincent	Génétique	Médecine
PRUNIER Fabrice	Cardiologie	Médecine
REYNIER Pascal	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
RICHARD Isabelle	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
RICHOMME Pascal	Pharmacognosie	Pharmacie
RODIEN Patrice	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	Médecine
ROHMER Vincent	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	Médecine
ROQUELAURE Yves	Médecine et santé au travail	Médecine
ROUGE-MAILLART Clotilde	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
ROUSSEAU Audrey	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROUSSEAU Pascal	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	Médecine
ROUSSELET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROY Pierre-Marie	Thérapeutique	Médecine
SAINT-ANDRE Jean-Paul	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
SAULNIER Patrick	Biophysique pharmaceutique et biostatistique	Pharmacie
SERAPHIN Denis	Chimie organique	Pharmacie
SUBRA Jean-François	Néphrologie	Médecine
UGO Valérie	Hématologie ; transfusion	Médecine
URBAN Thierry	Pneumologie	Médecine
VAN BOGAERT Patrick	Pédiatrie	Médecine
VENIER Marie-Claire	Pharmacotechnie	Pharmacie
VERNY Christophe	Neurologie	Médecine
WILLOTEAUX Serge	Radiologie et imagerie médicale	Médecine

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

ANGOULVANT Cécile	Médecine Générale	Médecine
ANNAIX Véronique	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
BAGLIN Isabelle	Pharmaco-chimie	Pharmacie
BASTIAT Guillaume	Biophysique et biostatistique	Pharmacie
BEAUVILLAIN Céline	Immunologie	Médecine
BELIZNA Cristina	Médecine interne	Médecine
BELLANGER William	Médecine générale	Médecine
BELONCLE François	Réanimation	Médecine
BENOIT Jacqueline	Pharmacologie et pharmacocinétique	Pharmacie
BIERE Loïc	Cardiologie	Médecine
BLANCHET Odile	Hématologie ; transfusion	Médecine
BOISARD Séverine	Chimie analytique	Pharmacie
CAPITAIN Olivier	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CASSEREAU Julien	Neurologie	Médecine
CHEVAILLER Alain	Immunologie	Médecine
CHEVALIER Sylvie	Biologie cellulaire	Médecine
CLERE Nicolas	Pharmacologie	Pharmacie
COLIN Estelle	Génétique	Médecine
DE CASABIANCA Catherine	Médecine générale	Médecine
DERBRE Séverine	Pharmacognosie	Pharmacie
DESHAYES Caroline	Bactériologie virologie	Pharmacie
FERRE Marc	Biologie moléculaire	Médecine
FLEURY Maxime	Immunologie	Pharmacie
FORTRAT Jacques-Olivier	Physiologie	Médecine
HAMEL Jean-François	Biostatistiques, informatique médicale	Médicale
HELESBEUX Jean-Jacques	Chimie organique	Pharmacie
HINDRE François	Biophysique	Médecine
JOUSSET-THULLIER Nathalie	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
LACOEUILLE Franck	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
LANDREAU Anne	Botanique et Mycologie	Pharmacie
LEGEAY Samuel	Pharmacologie	Pharmacie
LE RAY-RICHOMME Anne-Marie	Valorisation des substances naturelles	Pharmacie
LEPELTIER Elise	Chimie générale Nanovectorisation	Pharmacie
LETOURNEL Franck	Biologie cellulaire	Médecine
LIBOUBAN Hélène	Histologie	Médecine
MABILLEAU Guillaume	Histologie, embryologie et cytogénétique	Médecine
MALLET Sabine	Chimie Analytique et bromatologie	Pharmacie
MAROT Agnès	Parasitologie et mycologie médicale	Pharmacie
MAY-PANLOUP Pascale	Biologie et médecine du développement et de la reproduction	Médecine
MESLIER Nicole	Physiologie	Médecine
MOUILLIE Jean-Marc	Philosophie	Médecine
NAIL BILLAUD Sandrine	Immunologie	Pharmacie
PAPON Xavier	Anatomie	Médecine
PASCO-PAPON Anne	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
PECH Brigitte	Pharmacotechnie	Pharmacie
PENCHAUD Anne-Laurence	Sociologie	Médecine
PETIT Audrey	Médecine et santé au travail	Médecine
PIHET Marc	Parasitologie et mycologie	Médecine
PRUNIER Delphine	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
RIOU Jérémie	Biostatistique	Pharmacie
ROGER Emilie	Pharmacotechnie	Pharmacie
SCHINKOWITZ Andréas	Pharmacognosie	Pharmacie
SIMARD Gilles	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
TANGUY-SCHMIDT Aline	Hématologie ; transfusion	Médecine
TRZEPIZUR Wojciech	Pneumologie	Médecine

AUTRES ENSEIGNANTS

AUTRET Erwan	Anglais	Médecine
BARBEROUSSE Michel	Informatique	Médecine
BRUNOIS-DEBU Isabelle	Anglais	Pharmacie
CHIKH Yamina	Économie-Gestion	Médecine
FISBACH Martine	Anglais	Médecine
O'SULLIVAN Kayleigh	Anglais	Médecine

PAST

CAVAILLON Pascal	Pharmacie Industrielle	Pharmacie
LAFFILHE Jean-Louis	Officine	Pharmacie
MOAL Frédéric	Physiologie	Pharmacie

ATER

FOUDI Nabil (M)	Physiologie et communication cellulaire	Pharmacie
HARDONNIERE Kévin	Pharmacologie - Toxicologie	Pharmacie
WAKIM Jamal (Mme)	Biochimie et biomoléculaire	Médecine

AHU

BRIS Céline	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
LEROUX Gaël	Toxico	Pharmacie
BRIOT Thomas	Pharmacie Galénique	Pharmacie
CHAPPE Marion	Pharmacotechnie	Pharmacie

CONTRACTUEL

VIAULT Guillaume	Chimie	Pharmacie
------------------	--------	-----------

REMERCIEMENTS

À Monsieur le Professeur Yves ROQUELAURE,

Merci de présider mon jury de thèse.

À Messieurs les Docteurs Matthieu GUITTARD et Didier ROCCHIETTA,

Vous m'avez initiée à la médecine du travail et beaucoup encouragée. Merci de m'avoir patiemment guidée pendant ce travail. Merci pour votre confiance et votre bienveillance à mon égard.

À Madame le Professeur Audrey PETIT,

Merci pour ta disponibilité et tes conseils au long de l'internat.

À Monsieur le Professeur Mickaël DINOMAS,

Merci d'avoir accepté de juger ce travail.

À Madame le Docteur Stéphanie VERRIER,

Merci pour ton accueil en stage, ton soutien, tes conseils, ton expérience de terrain et ta disponibilité.

À Madame le Docteur Pascale BARROT-KRAI,

Merci pour ton accueil en stage et ta passion pour le maintien en emploi. Elle est communicative.

À Madame le Docteur Virginie SAOUT, et à Madame Karine PINON,

Merci pour la découverte de la structure UEROS d'Angers et l'initiation au bilan neuropsychologique.

À Mesdames Céline HOUËIX, Nathalie CHABIN et Eliane LASSELIN COCHET,

Merci pour l'initiation au fonctionnement de l'UCEO d'Angers.

À Madame Bénédicte BUFFET,

Merci d'avoir présenté le job coaching.

À Rozenn et Sylvie,

Merci pour votre sourire et pour le soutien logistique : l'organisation serait bien plus difficile sans vous !

À tous les services et toutes les équipes qui m'ont accueillie au cours de mon externat puis de mon internat,

Merci pour votre accueil, votre patience, votre pédagogie, votre tolérance.

À mes anciens co-internes Anne Sophie, Marie, Emilie, Gaëtan, Clémentine, Thibault, Julien et Stéphane,

Merci pour vos précieux conseils et notre collaboration ces dernières années. Merci à tous ceux qui ont donné de leur temps pour les autres.

À mes nouveaux co-internes,

Merci pour le dynamisme dont vous faites preuve.

À mes amis de l'externat tourangeau puis angevin, et mes amis mauligériens,

Merci Océane pour ta relecture attentive qui a donné à Iris l'envie de mettre le nez dehors, merci Léa, Chloé, Pauline, Camille, Rémy. Merci Laureen et Bayou (et votre jolie Sixtine), Louise et Ludivine de m'avoir accueillie parmi vous.

À ma famille,

Merci Matthieu pour ton soutien inconditionnel et pour nos trois merveilles : Pamphile, Domitille et Firmin. Merci papa, maman et belle maman de m'avoir soutenue pendant ces longues années.

Merci Jeango, Céline, Alzire (et les deux bébés à venir), Gaëtan, Amédée, Eugénie, Nanon, Achille et Louis d'être là.

Un merci tout particulier à mes frères et sœur, à Caroline et à Océane pour tous ces coups de pouce de dernière minute !!

LISTE DES ABREVIATIONS

AGEFIPH	Association de Gestion du Fond pour l'Insertion des Personnes Handicapées
AVC	Accident Vasculaire Cérébral
CARSAT	Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CRPE	Contrat de Rééducation Professionnelle en Entreprise
EE	Essai Encadré
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personne Âgée Dépendante
EPAAST	Etude préalable à l'Adaptation des Situations de Travail
HAS	Haute Autorité de Santé
LCA	Lésion Cérébrale Acquise
MDA	Maison Départementale de l'Autonomie
MEE	Maintien en Emploi
MOAIJ	Module d'Orientation Approfondie Indemnités Journalières
OPS	Organisme de Placement spécialisé
PDP	Prévention de la Désinsertion Professionnelle
PSOP	Prestation Spécifique d'Orientation Professionnelle
RBP	Recommandations de Bonne Pratique
RLH	Reconnaissance de la Lourdeur du Handicap
RQTH	Reconnaissance en Qualité de Travailleur Handicapé
SAMETH	Service d'Appui au Maintien en Emploi des Travailleurs Handicapés
SFMT	Société Française de Médecine du Travail
SIADV	Service Interrégional d'Appui aux Déficients Visuels
SMIA	Service de Santé au Travail inter-entreprises d'Angers
SST	Service de Santé au Travail
STCS	Service de Santé au Travail inter-entreprises de Cholet Saumur
TC	Traumatisme Crânien
TPT	Temps Partiel Thérapeutique
UCEO	Unité de Conseil, d'Evaluation et d'Orientation
UERO	Unité d'Evaluation, de Réentraînement et d'Orientation Sociale et Professionnelle

Plan

RÉSUMÉ

INTRODUCTION

MÉTHODES

- 1. Recherches bibliographiques et sélection des études**
- 2. Définition du rôle du médecin du travail et élaboration d'une conduite à tenir**
- 3. Recherches sur le terrain : sélection d'un cas clinique et entretiens**
- 4. Ethique**

RÉSULTATS

1. Résultats de la recherche bibliographique

- 1.1 Séquelles des lésions cérébrales acquises et influence sur le retour au travail
- 1.2 Facteurs prédictifs du retour au travail après une lésion cérébrale acquise
- 1.3 Accompagnement au retour à l'emploi du travailleur cérébrolésé : expériences et recommandations de bonne pratique en France

2. Rôle du médecin du travail et conduite à tenir pour l'accompagnement des travailleurs cérébrolésés

- 2.1 Observer et explorer l'état de santé du salarié
- 2.2 Étudier le poste de travail, l'environnement de travail et le milieu de travail
- 2.3 Élaborer le projet de maintien en emploi et orchestrer sa mise en œuvre
- 2.4 Informer et communiquer

3. Présentation de la situation clinique et d'Arceau Anjou

- 3.1 Présentation du cas clinique
- 3.2 Présentation d'Arceau Anjou

DISCUSSION ET CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

LISTE DES FIGURES

LISTE DES TABLEAUX

TABLE DES MATIÈRES

ANNEXES

RÉSUMÉ

Introduction : Les lésions cérébrales acquises (LCA) touchent 300 000 français chaque année. La reprise du travail dans ces situations est un enjeu : d'une part, parce que l'on connaît l'importance de la reprise du travail dans le processus de guérison, d'autre part, parce que le maintien en emploi (MEE) est désormais une des missions du médecin du travail. Les outils et recommandations dont nous disposons sont nombreux, mais leur utilisation n'est pas ordonnée et aucun protocole d'aide à la décision n'existe actuellement. Notre objectif était de regrouper les connaissances indispensables et d'élaborer une conduite à tenir pour les médecins du travail accompagnant un travailleur vers la reprise du travail après une LCA.

Matériels et Méthodes : Nous avons abordé cette question à travers trois axes complémentaires. Un travail de recherches bibliographiques a été mené à partir de sept bases de données et au sein de la bibliothèque universitaire d'Angers. Les études ont été classées en trois thèmes : les séquelles des LCA, les déterminants du retour au travail et les méthodes d'accompagnement des travailleurs cérébrolésés vers l'emploi. À partir de ces recherches bibliographiques et de données issues d'entretiens auprès des professionnels de terrain, nous avons élaboré des documents synthétiques et pratiques destinés au médecin du travail. Enfin, afin d'illustrer ces documents théoriques, un cas clinique a été recueilli, à partir du dossier en santé au travail et d'une étude de poste et des conditions de travail.

Résultats : Quarante-huit études ont été incluses dans la synthèse de la littérature. Les documents de synthèse destinés au médecin du travail ont pris la forme d'une fiche d'évaluation du sujet cérébrolésé, d'une fiche pour l'étude du poste de travail, ainsi que d'un arbre décisionnel pour le médecin du travail. La présentation du cas d'un homme de 51 ans, cuisinier en collectivité, victime d'un accident vasculaire cérébral, présentant une fatigabilité à l'effort du membre supérieur droit, des troubles de l'attention et des troubles des fonctions exécutives, a permis d'illustrer ces éléments théoriques.

Conclusion : À partir d'une synthèse de la littérature, nous avons élaboré des documents pratiques destinés à faciliter l'évaluation clinique, l'étude du poste de travail et la stratégie d'accompagnement des salariés par le médecin du travail.

INTRODUCTION

Les lésions cérébrales acquises (LCA) regroupent les accidents vasculaires cérébraux (AVC), les traumatismes crâniens (TC), les tumeurs cérébrales, les anoxies cérébrales et les encéphalopathies infectieuses. Environ 300 000 français sont touchés chaque année (1-6). Parmi eux, certains sont en âge de travailler. En effet, dans 25 % des cas, l'AVC concerne une personne de moins de 65 ans et dans 5 % des cas il survient chez une personne de moins de 45 ans ; le TC, quant à lui, survient majoritairement chez des sujets de 15 à 30 ans (2,7). Les séquelles des LCA sont fréquentes et représentent la première cause de handicap acquis chez l'adulte. Leur complexité rend incertain l'avenir professionnel des personnes concernées. Pour autant, des études montrent l'importance de la reprise du travail dans le processus de guérison et dans l'amélioration de la qualité de vie (8). De plus, le maintien en emploi (MEE) est désormais une mission du médecin du travail dans les services de santé au travail (SST). Elle est mentionnée dans le cinquième objectif du plan santé au travail 2016-2020, dans le rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales de 2017 et dans celui de la députée Charlotte Lecocq en 2018 (9-11). Le maintien dans l'emploi est défini comme un maintien sur le poste initial, alors que le maintien en emploi (MEE) correspond plus largement à un maintien au travail : le salarié peut être remplacé sur son poste, sur un nouveau poste au sein de l'entreprise ou encore changer d'entreprise (12).

Les taux de reprise du travail varient selon les études, de 15 à 85 % après un AVC et de 10 à 70 % après un TC (2,13). La variabilité de ces taux de reprise est plurifactorielle. Parmi les facteurs en cause, la connaissance des médecins du travail au sujet des LCA, l'organisation de la reprise du travail et l'adaptation individualisée du poste de travail sont cités : le médecin du travail possède un rôle clé. Il dispose pour cela d'outils et de recommandations sur le MEE, qui, bien qu'indispensables, ne sont pas le gage d'une réussite du MEE. Ils nécessitent une expertise de terrain et une utilisation maîtrisée. Aucun protocole d'aide à la décision n'existe à ce jour et les prises en charge sont largement tributaires de l'expérience et des connaissances de chaque médecin.

Ainsi, l'objectif de ce travail était d'élaborer une conduite à tenir pour les médecins du travail accompagnant un salarié cérébrolésé vers la reprise du travail. Nous avons scindé cet objectif en trois axes. Quelles séquelles et quels facteurs influencent le processus de retour au travail après une LCA ? Quels sont les outils et le rôle du médecin du travail dans la situation complexe des LCA ? Comment fait-il en pratique quotidienne ?

Nous avons abordé ces questions à travers trois méthodes : un travail de recherches bibliographiques, un travail de synthèse à partir des éléments de bibliographie, ainsi qu'un travail de recherche sur le terrain, auprès des médecins du travail et des professionnels d'une structure du Maine et Loire spécialisée dans l'accompagnement socioprofessionnel des personnes cérébrolésées.

Dans un premier temps, nous détaillerons les résultats de la synthèse de la littérature qui a permis de fournir un rappel sur les connaissances des LCA et du MEE selon les trois thématiques suivantes : les séquelles des LCA, les facteurs prédictifs de la reprise du travail et les outils génériques du MEE. Secondairement, nous présenterons les résultats du travail de synthèse qui a abouti à la réalisation de trois documents pratiques destinés au médecin du travail : une fiche d'évaluation clinique d'un sujet cérébrolésé, une fiche de repérage lors d'une étude de poste, ainsi qu'une aide à la décision sous forme d'arbre décisionnel. Dans une troisième partie, nous illustrerons ces éléments théoriques par un cas clinique de maintien dans l'emploi chez un travailleur cérébrolésé et présenterons la structure Arceau Anjou.

MÉTHODES

1. Recherches bibliographiques et sélection des études

Les recherches bibliographiques ont été réalisées entre le 2 janvier 2018 et le 31 mars 2020. Les travaux universitaires provenaient de la bibliothèque universitaire d'Angers. Les recherches en français ont été réalisées sur *google scholar* et *sudoc* avec les mots-clés suivants : « accident vasculaire cérébral », « traumatisme crânien », « lésion cérébrale acquise », « retour au travail », « retour à l'emploi », « conduite à tenir », « médecin du travail », « maintien en emploi ». Une recherche systématique sur les bases de données *pubmed*, *scopus* et *the cochrane library* a été réalisée avec les combinaisons des mots-clés : « *stroke* », « *cerebrovascular accident* », « *head injury* », « *head trauma* », « *craniocerebral trauma* », « *cerebral tumor* », « *encephalopathy* », « *cerebral hypoxia* », « *anoxic brain damage* », « *acquired brain injury* », « *occupational physician* », « *return to work* », « *vocational outcome* », « *vocational adjustment* », « *job retention* », « *guideline* ». Il n'y a pas eu de limitation de dates.

Un lecteur unique a procédé à la sélection et l'analyse de la littérature. Seules les études rédigées en langue française et en langue anglaise ont été sélectionnées. La sélection des études a été réalisée après lecture du titre puis du résumé. Étaient considérées comme hors sujet celles qui ne traitaient ni des LCA ni du retour au travail, le retour au travail étant défini comme la reprise d'une activité professionnelle rémunérée en milieu ordinaire ou en milieu protégé. Les études qui concernaient les enfants ont également été exclues. À l'issue de la sélection, la lecture du texte complet a permis de classer les études en trois thématiques : les séquelles des LCA, les facteurs prédictifs du retour au travail et les programmes et méthodes d'accompagnement pour le retour au travail (*Figure 1*).

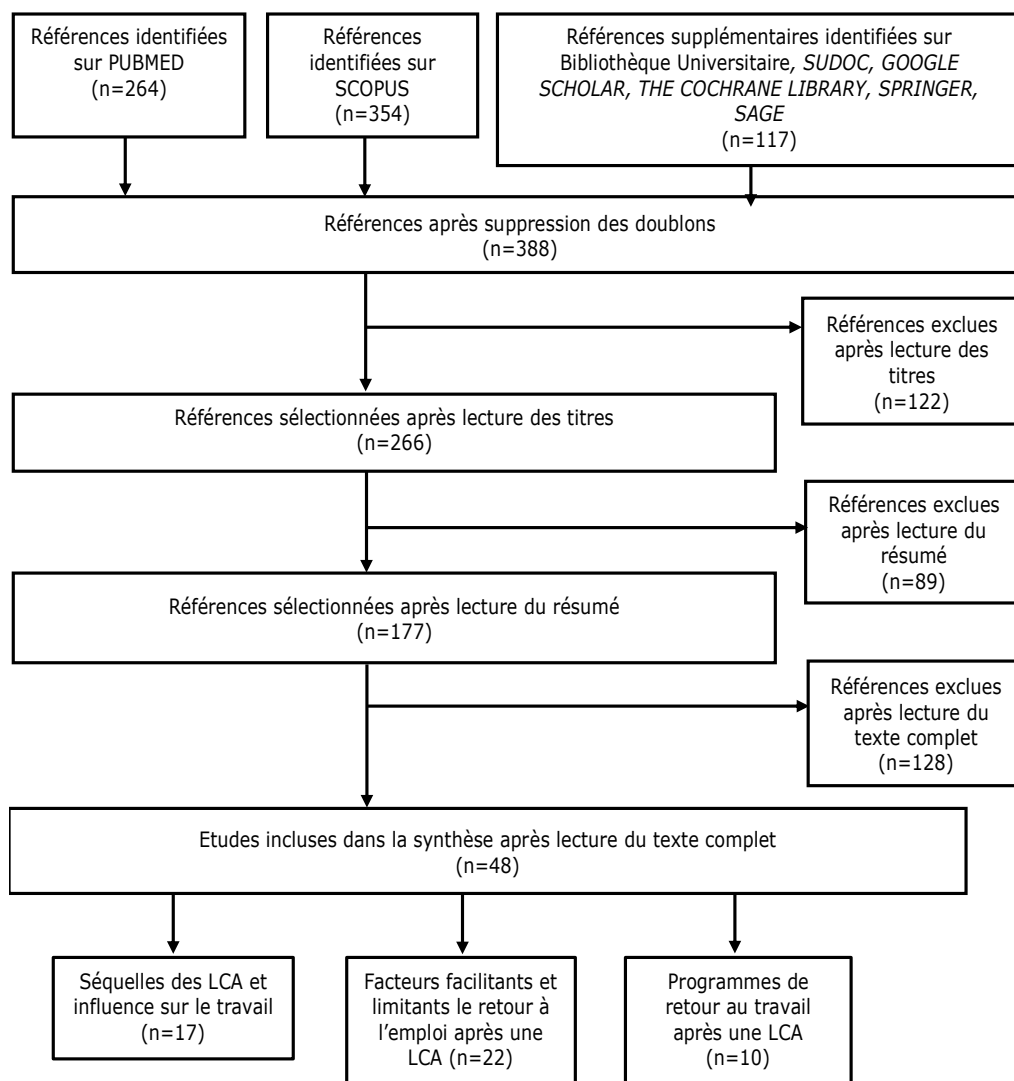


Figure 1 : Diagramme de flux de la recherche bibliographique

2. Définition du rôle du médecin du travail et élaboration d'une conduite à tenir

Au terme de l'analyse de la littérature, l'ensemble des éléments concernant le rôle du médecin du travail pour maintenir en emploi un travailleur cérébrolésé ont été regroupés. Tous les documents relatifs au sujet ont été classés en trois parties : les éléments relatifs aux séquelles de LCA et à leur évaluation clinique ont permis d'élaborer une fiche d'évaluation clinique destinée au médecin du travail. Les éléments relatifs à l'étude de poste et des conditions de travail ont été compilés dans une seconde fiche pour l'étude de poste et des conditions de travail. Le rôle décisionnaire du médecin du travail a été exposé sous la forme d'un arbre décisionnel. La méthode d'élaboration de ces trois documents a été pilotée par le principe de praticité pour le médecin du travail et de pertinence pour le sujet accompagné.

3. Recherches sur le terrain : sélection d'un cas clinique et entretiens

La sélection du cas clinique a été réalisée dans deux services de santé au travail (SST) inter-entreprises de la région Pays de la Loire : le SST inter-entreprises d'Angers (SMIA) et le SST inter entreprise de Cholet Saumur (STCS). En 2017, près de 665 000 salariés étaient suivis par les 13 SST de la région Pays de la Loire dont environ 120 000 par le SMIA et 82 000 par le STCS (14-16).

Le recueil a été effectué sur les dossiers traités par les médecins du travail du SMIA et du STCS entre mai 2017 et mars 2019. Toutes les situations cliniques concernant des salariés ayant présenté une LCA ont été incluses : AVC, TC, tumeur cérébrale, anoxie cérébrale ou encéphalopathie infectieuse sans maladie neuro-dégénérative associée. Les situations incomplètes et les perdus de vue ont été exclus, tout comme les situations redondantes. Une situation clinique a été retenue : elle présentait un dispositif original développé sur Angers, non décrit dans la littérature. Ce cas clinique a été retranscrit à partir du dossier du salarié, complété par une étude de son poste et de ses conditions de travail. Une rencontre avec le salarié, son employeur, le médecin du travail et le chargé de maintien en emploi de Cap-Emploi-Maintien, anciennement appelé Service d'Appui au Maintien en Emploi des Travailleurs Handicapés (SAMETH), a également eu lieu.

Des entretiens avec les professionnels du MEE chez les cérébrolésés ont été menés : neuropsychologues, psychologues, chargés de maintien en emploi, ergonomes, *job coach*. Les professionnels présentaient la structure dans laquelle ils travaillaient, leurs relations avec les salariés ainsi qu'avec les médecins du travail. Les entretiens étaient guidés par des questions ouvertes. Ils ont été retranscrits fidèlement.

4. Ethique

Les données ont été recueillies de façon anonyme à partir des dossiers des deux SST. L'accord des directeurs de SST et des médecins du travail a été obtenu. Il n'a pas été nécessaire de faire une demande auprès du comité d'éthique.

RÉSULTATS

Après la présentation des résultats de la recherche bibliographique, nous présenterons le rôle et la conduite à tenir pour le médecin du travail. Enfin, nous présenterons une situation clinique et Arceau Anjou, dispositif original du Maine et Loire spécialisé dans l'accompagnement socioprofessionnel des personnes cérébrolésées.

1. Résultats de la recherche bibliographique

Quarante-huit études ont été incluses dans la synthèse de la littérature et classées en trois thématiques : les séquelles des LCA, les facteurs prédictifs du retour au travail après une LCA et les méthodes d'accompagnement vers l'emploi par les professionnels.

1.1. Séquelles des lésions cérébrales acquises et influence sur le retour au travail

Dix-sept études mentionnaient les séquelles des LCA et leur impact sur le retour au travail. Ces séquelles ont été classées en deux groupes distincts : les séquelles visibles et les séquelles dites « invisibles ».

1.1.1. Les séquelles visibles : une répercussion sur le travail évidente

Après une lésion cérébrale acquise, l'essentiel de la récupération sensitivo-motrice avait lieu pendant les six premiers mois (29).

L'hémiplégie était la principale déficience motrice consécutive à un AVC (17). Les troubles de la sensibilité et la spasticité constituaient des troubles fréquents (17). Les rétractions musculo-tendineuses pouvaient intéresser aussi bien les membres supérieurs que les membres inférieurs (17).

La reprise du travail dépendait également de la mobilité domicile-travail et des déplacements professionnels par les transports en commun ou en voiture (18).

1.1.2. Les séquelles invisibles : une répercussion sur le travail difficile à prévoir

Séquelles sensorielles

Le déficit du champ visuel après un AVC concernait 20 à 30 % des patients : l'hémianopsie latérale homonyme constituait la principale séquelle (17). Elle pouvait être un obstacle majeur à la reprise du travail si celui-ci impliquait des déplacements routiers ou la conduite d'engins (18).

Une perte d'audition était rapportée chez 0,9 à 58 % des traumatisés crâniens sans fracture de l'os temporal (19). Parmi les troubles auditifs, étaient également cités l'hyper-acousie et les acouphènes (20).

Asthénie post-AVC

La fatigue post-AVC était définie comme « *un manque subjectif d'énergie physique et/ou mentale qui est perçu par l'individu ou l'aidant comme interférant avec les activités usuelles ou désirées* » (21). Elle avait pour principales caractéristiques : un manque d'énergie pour réaliser les activités, un besoin augmenté en sommeil, une fatigabilité accrue au cours des activités, un besoin de plus de repos et de siestes avec une imprédictibilité de la fatigue et une moindre tolérance au stress (21). Elle était considérée comme un phénomène multifactoriel complexe et comme une conséquence fréquente de l'AVC (22,23). Elle touchait 50 à 70 % des personnes après un AVC (24). La fatigabilité pouvait réduire le rendement au cours de la journée ou d'une tâche et compliquer la reprise dans le cas d'une activité soutenue (2,25).

Troubles cognitifs

Chez les salariés victimes de LCA, toutes les fonctions cognitives pouvaient être altérées. L'hypothèse de la modification des neurotransmetteurs et de l'activité neuro-endocrine était avancée pour expliquer ces troubles (26). La récupération des fonctions cognitives se prolongeait au-delà de la première année (6). Les LCA pouvaient être à l'origine de troubles du langage oral ou écrit, d'apraxies, de troubles de la mémoire, et plus particulièrement de la mémoire de travail, de troubles du calcul, de troubles des fonctions exécutives, de troubles de l'attention et notamment de l'attention divisée, de troubles de la concentration ou d'une altération de la vitesse de traitement de l'information (4,6,7,8,17,18,26,27). On observait également un ralentissement psychomoteur, une fatigabilité cognitive, un trouble de l'abstraction, une anosognosie, un émoussement affectif parfois associé à une émotivité accrue et des troubles de la cognition sociale (4,7).

Les troubles de la mémoire antérograde affectaient la capacité à retenir des instructions ou consignes ou à apprendre de nouvelles tâches (13,25). Un déficit de mémoire épisodique induisait une lenteur d'adaptation et limitait l'intégration de données nouvelles (25). L'atteinte du mécanisme de stockage, générait des oublis et une difficulté d'adaptation aux nouveautés (25). L'atteinte du mécanisme de récupération des informations en mémoire générait une perte d'efficacité pour retrouver les informations apprises (25).

Les troubles attentionnels généraient un ralentissement global (25). Un déficit d'attention sélective gênait le traitement d'une masse de données et un défaut d'attention divisée limitait le traitement de données multiples (25).

Le syndrome dysexécutif était décrit comme un trouble des fonctions élaborées de logique, de stratégie, de planification et/ou de raisonnement hypothétique (25). Parmi les déficits cognitifs, c'était probablement le plus handicapant et gênant pour le retour au travail (4). De fait, l'autonomie du salarié pouvait être compromise par son manque d'initiative, sa difficulté à initier et à organiser des actions, à établir des priorités et à s'adapter à de nouvelles situations (13). De même, la qualité de ses performances cognitives pouvait être diminuée par des difficultés à maintenir l'attention sur de longues périodes et à effectuer des tâches doubles, ainsi que par la fatigabilité mentale et le ralentissement idéo-moteur (4).

Les troubles des fonctions cognitives étaient majoritairement contraignants car l'activité professionnelle implique souvent la gestion de tâches simultanées qui sollicitent l'attention divisée et la mémoire de travail, les prises d'initiative, la gestion de situations inhabituelles ou stressantes et des contraintes de temps nécessitant rapidité et rentabilité (5).

Troubles comportementaux

L'anosognosie et les problèmes de comportements étaient des séquelles fréquentes des LCA (4). La personne cérébralisée pouvait présenter des modifications de la personnalité et du comportement soit sur le versant inhibiteur (apragmatisme, manque d'initiative, échanges pauvres, indifférence) soit sur le versant désinhibiteur (impulsivité, intolérance aux contrariétés et aux frustrations, agressivité) (4,28).

Ces incapacités neurocomportementales avaient souvent des conséquences désastreuses sur l'intégration professionnelle (13). Les troubles comportementaux étaient cependant moins prononcés dans l'AVC que dans les TC (4).

Troubles de l'humeur

Les AVC étaient potentiellement responsables de complications telles que la dépression, diagnostiquée chez 30 % des patients à trois mois de l'événement aigu (17). Un état de stress post-traumatique était observé chez 23 % des patients dans l'année qui suivait un AVC (29).

Démence post-AVC

La prévalence globale de la démence, un an après un AVC, variait de 7,4 % à 41,3 % (17).

Epilepsie

L'épilepsie partielle ou généralisée après un AVC ou un TC était un symptôme fréquent (4). Une épilepsie mal contrôlée pouvait constituer un obstacle majeur à la réinsertion dans le cas d'une profession impliquant la conduite automobile ou la conduite d'engins, et pour tout poste de sécurité (travail isolé, travail sur machines dangereuses, travail en hauteur) (2).

1.2. Facteurs prédictifs du retour au travail après une lésion cérébrale acquise

Au total, 22 études rapportaient des facteurs pronostiques sur le retour à l'emploi après une LCA, dont 14 rapportaient des facteurs facilitants et 13 des facteurs limitants.

1.2.1. Facteurs facilitants

La reprise du travail était statistiquement associée aux facteurs suivants (*Tableau I*) :

Tableau I : Facteurs pronostiques associés à la reprise du travail après une LCA

Facteurs liés à l'individu	<ul style="list-style-type: none">- le jeune âge (5)- l'absence d'antécédent médical ou chirurgical avant l'accident (5)- l'absence d'hypertension artérielle, l'absence de diabète (28)- le statut de non-fumeur (28)- le fait d'être caucasien (7)- une situation familiale stable (7)- la présence de soutien familial (30)- l'importance de la valeur du travail et le besoin de reconnaissance sociale (31)- un niveau d'éducation élevé (2,5,7,32)- un statut professionnel pré-traumatique stable (7)- l'identification par le salarié de ses forces et faiblesses individuelles (33)- des scores faibles aux échelles d'anxiété et de dépression (34)
-----------------------------------	--

Facteurs liés à la sévérité du traumatisme initial et des séquelles	<ul style="list-style-type: none"> - un faible traumatisme (7), l'absence de coma ou d'amnésie post-traumatique (5) - une durée d'hospitalisation initiale plus courte (7,34) - la reprise d'une marche indépendante (35), - une force musculaire normale (35) - une bonne dextérité manuelle (2), - l'absence de trouble sensitif (2) - l'absence d'apraxie (35) - l'absence de séquelle cognitive importante (30,36) - une fatigabilité moindre (5,7) - des scores élevés aux échelles de qualité de vie (7,34) - un langage préservé (36)
Facteurs liés à l'environnement de travail et l'organisation de la reprise	<ul style="list-style-type: none"> - un travail non manuel (36), un travail de type « col blanc » (35) - la réalisation d'une consultation de médecine du travail (37) - l'implication du salarié en faveur du retour au travail (39) - la motivation du salarié (38) - la précocité de la démarche de réinsertion (30) - l'implication des employeurs et l'absence de perte financière pour l'entreprise (39) - la plus grande taille de l'entreprise (40) - les attitudes d'empathie dans l'entreprise (31), le soutien au sein de l'entreprise (5) - le partenariat et la communication entre les acteurs : responsables, collègues, système de santé, acteurs de la réhabilitation professionnelle (31,38) - l'adaptation individualisée de la situation de travail, l'adaptation des tâches et des horaires de travail (31) - l'accompagnement par des professionnels spécialisés dans le retour au travail (39)

1.2.2. Facteurs limitants

En miroir, on retrouvait les facteurs limitants suivants (*Tableau II*) :

Tableau II : facteurs pronostiques associés à une absence de reprise du travail après une LCA

Facteurs liés à l'individu	<ul style="list-style-type: none"> - l'âge supérieur à 40 ans (dans le TC modéré à sévère) (13) - le sexe féminin (4,13,41) - un état de santé antérieur à l'AVC précaire (42) - la consommation de drogues, l'éthylisme chronique avant le TC (4,13) - un niveau d'éducation faible (4,41) - la vie maritale (en lien avec les revenus du conjoint) (13) - l'absence d'enfant à domicile (41) - l'absence d'activité professionnelle préalable (4,13) - l'existence de comorbidités comme une pathologie mentale (5) - l'absence de permis de conduire (41) - la dépression avant et après l'AVC (13,18), une personnalité anxieuse ou dépressive (13), des scores élevés aux échelles d'anxiété et de dépression (41)
Facteurs liés à la sévérité du traumatisme initial et des séquelles	<ul style="list-style-type: none"> - la sévérité initiale de l'AVC (18) ou du TC, la gravité de l'état de santé lors de l'hospitalisation (42) - la plus grande durée du coma, une hospitalisation longue (13), une durée d'hospitalisation supérieure à deux mois (41) - une durée d'amnésie post-traumatique plus longue (4) - un niveau d'incapacité élevé à l'admission en rééducation (4) - une atteinte motrice prédominante (2,41) - des douleurs importantes (41) - la sévérité de la déficience : mobilités et capacités cognitives (13) - la dépendance et la perte d'autonomie dans les activités simples de la vie quotidienne (18,41) - les difficultés de communication (2) - les troubles cognitifs (31,41), les troubles de l'attention et des fonctions exécutives (13)

	<ul style="list-style-type: none"> - la fatigabilité (31,39) - les troubles du comportement (5,13) - l'aphasie (41) - les troubles mnésiques (2,13) - une anosognosie (13)
Facteurs liés à l'environnement de travail et l'organisation de la reprise	<ul style="list-style-type: none"> - un travail avec une charge physique élevée (43) - le changement des valeurs après l'accident avec une modification de la balance vie professionnelle-vie privée en faveur de la vie privée (31) - la perte d'estime de soi (31) - un intérêt uniquement financier à reprendre le travail (39) - une méconnaissance des salariés sur leur pathologie (39) - un faible espoir de reprise du travail du salarié pour lui-même (17) - des représentations négatives du handicap et un manque de réceptivité des collègues (44) - des facteurs psychosociaux d'origine professionnelle : insatisfaction au travail, manque de contrôle ou de soutien, mauvaises relations avec les collègues (43) - une méconnaissance des médecins du travail sur les LCA (39) - une méconnaissance des employeurs sur les LCA et sur les actions de maintien en emploi en entreprise (39) - un manque de coopération de l'employeur (44)

1.3. **Accompagnement du retour à l'emploi du travailleur cérébrolésé : expériences et recommandations de bonne pratique en France**

Au total, dix références concernaient la reprise du travail après une LCA. Parmi ces dix références, sept présentaient des programmes destinés au retour à l'emploi développés dans des hôpitaux ou des centres de réadaptation fonctionnelle (24,45-50). Deux études décrivaient le fonctionnement ou évaluaient les résultats des unités d'évaluation, de réentraînement et d'orientation socioprofessionnelle (UEROS) de Limoges et de Bordeaux (51,52). Une des références était une recommandation de bonne pratique à destination des médecins du travail (12). La dixième étude exposait des méthodes d'adaptation aux troubles cognitifs (25).

1.3.1. Unités de réinsertion professionnelle dans des services d'hospitalisation et des centres de réadaptation fonctionnelle

Des programmes ciblant le retour à l'emploi ont été élaborés au sein d'hôpitaux, de services de rééducation ou de centres de réadaptation (39,45–47). Sans aide, le taux de reprise d'un travail des traumatisés crâniens était d'environ 30 % alors que ce taux pouvait aller jusqu'à 80 % grâce aux différents programmes de réinsertion et d'adaptation professionnelle (9). Selon les programmes, les prises en charge comportaient :

- Une prise en charge individuelle comprenant des consultations, des thérapies individuelles et/ou une évaluation multidisciplinaire. Parfois, y étaient proposés un entraînement de rééducation orienté par les futures tâches de travail, un *coach* individuel, des rencontres sur le lieu de travail ou un aménagement individualisé du poste de travail (45,48,49).
- Une prise en charge collective : il s'agissait d'activités d'éducation et d'information sur la LCA et ses conséquences sur le travail (45,47).
- Des stages en entreprise : ceux-ci permettaient aux individus d'auto-évaluer leurs capacités professionnelles (47).
- Des formations adaptées à leur projet professionnel (47).

Ces programmes semblaient générer un taux plus important de retour au travail (47–50) ainsi qu'une plus grande productivité (5). Certains auteurs soulignaient la nécessité de créer des liens entre le monde du soin et le médecin du travail (50).

Une publication, datant de 1998, rapportait les résultats de programmes holistiques expérimentés dans un hôpital américain. Des petits groupes de sujets bénéficiaient de programmes intensifs associant rééducation cognitive, psychothérapie individuelle et de groupe, développement de l'autonomie et de la vie sociale et capacité de retour au travail. Des taux de reprise de 83 % des traumatisés crâniens modérés à sévère étaient observés dont 62 % à temps plein (46).

1.3.2. Unités d'Evaluation, de réentraînement et d'orientation socioprofessionnelle (UEROS)

Les UEROS pour personnes cérébrolésées ont été créées en 1996. Initialement conçues pour les personnes traumatisées crâniennes, elles ont été élargies à toute personne présentant des troubles cognitifs, comportementaux ou affectifs en lien avec une LCA (51).

L'exemple de l'UEROS de Limoges était rapporté par Hamonet *et al.* (51). La phase d'évaluation était standardisée et durait quatre semaines. Elle comprenait une évaluation médicale, neuropsychologique (bilan cognitif, bilan comportemental, évaluation écologique), ergothérapique, fonctionnelle (tâches écologiques et capacités sportives), psychologique, sociale et professionnelle (niveau d'études, objectifs personnels et motivation, intérêts, aptitudes physiques, intellectuelles, relationnelles et personnelles, construction d'un projet professionnel réaliste). Le réentraînement s'effectuait pendant 20 semaines et sous quatre modalités :

- Réentraînement cognitif : mémoire de travail, capacités attentionnelles, stratégies de compensation des déficits, psychoéducation ;
- Réentraînement comportemental : communication verbale et non verbale, capacités d'empathie, règles sociales de communication et du comportement, capacités sociales ;
- Renforcement de l'autonomie : vie quotidienne, utilisation de l'informatique et conduite automobile ;
- Réinsertion professionnelle : définition du projet, réentraînement au travail, suivi.

Le Gall *et al.* exposaient les résultats du programme d'aide à la réinsertion sociale et professionnelle de jeunes adultes cérébrolésés du réseau UEROS d'Aquitaine (52). Les patients avaient bénéficié d'un parcours personnalisé :

- Soit une simple évaluation cognitive, de l'autonomie et/ou socioprofessionnelle ;
- Soit un stage de rééducation cognitive, professionnelle et/ou un réentraînement à l'autonomie ;
- Soit un programme complet comprenant évaluation et réentraînement dans les domaines cognitifs, sociaux et professionnels.

Sur le plan professionnel, près d'un inactif sur deux (42 %) avait retrouvé une activité dans les suites du programme UEROS. Plus précisément, à cinq ans, plus d'un quart des patients travaillait dans des conditions aménagées, 10,6 % à temps plein et 4 % suivaient une formation professionnelle (52).

1.3.3. Recommandations de bonne pratique (RBP) et outils pour le médecin du travail

Dans les RBP de février 2019 (12), la Haute Autorité de Santé (HAS) et la Société Française de Médecine du Travail (SFMT) préconisaient aux médecins du travail d'élaborer un plan de retour au travail en trois grandes phases :

- Une phase d'analyse ;
- Une phase d'élaboration du projet avec identification des freins et des leviers de retour à l'emploi ;

- Une phase de mise en œuvre et de suivi.

Phase d'analyse du risque de désinsertion professionnelle :

L'HAS et la SFMT recommandaient d'évaluer les symptômes, leur intensité et leur retentissement sur les tâches de travail. Ils conseillaient d'interroger les salariés sur la fatigue, les thérapeutiques, les conséquences sociales et familiales de la problématique de santé. Enfin, ils proposaient d'évaluer l'environnement de travail, le poste de travail et d'échanger avec le travailleur sur sa compréhension de la situation et son engagement dans le processus de MEE.

Phase d'élaboration du projet :

Il était recommandé d'encourager l'employeur à inclure le salarié et l'encadrement de proximité dans le projet. Ils conseillaient d'aider l'employeur à lutter contre la stigmatisation dans le milieu de travail et à anticiper l'impact des aménagements de poste sur la charge de travail des collègues et sur les relations entre les collègues. Enfin, ils suggéraient de veiller à soutenir l'encadrement et de promouvoir un environnement de travail prévenant (12). Les mesures génériques de maintien en emploi mobilisables par le médecin du travail sont regroupées dans le tableau suivant (*Tableau III*).

Tableau III : Mesures génériques de maintien en emploi mobilisables par le médecin du travail

Type d'outil	Nom de l'outil	Objectifs
Outils de remobilisation précoce	Essai encadré (EE)	Il permet au travailleur d'être affecté sur un poste afin de vérifier sa capacité à reprendre le travail ou valider un projet professionnel (12)
Outils de reprise progressive du travail	Temps partiel thérapeutique (TPT)	Il permet de poursuivre les soins de rééducation le cas- échéant et de limiter la fatigue (8)
Outils de réduction du temps de travail	Invalidité de catégorie 1, 2 ou 3	Elle compense une partie de la perte de revenus si la reprise à temps plein n'est pas possible (8,44). L'invalidité permet une compensation financière de la réduction de la capacité de travail hors fonction publique (12)
Outils d'aménagement technique	Reconnaissance en Qualité de Travailleur Handicapé (RQTH)	Elle n'apporte aucun avantage financier ou en nature mais ouvre des droits aux employeurs et permet de financer des aménagements de postes de travail : équipements ou aides techniques (2,18) Pour les personnes en recherche d'emploi, elle donne accès à des bilans de compétence et à des formations (2)
	Étude préalable à l'aménagement des situations de travail (EPAAST)	Analyser la situation de travail et identifier les solutions permettant l'adaptation du poste
	Prestation d'appui spécifique	Apporter un appui expert pour les handicaps visuels, auditifs, moteurs, mentaux, psychiques et les troubles cognitifs
	Aide à l'adaptation des situations de travail	Participation financière à l'aménagement du poste de travail

Outils d'aménagement organisationnel	Aménagement organisationnel	Adaptation des tâches de travail Rotation des tâches Alternance des horaires
	Reconnaissance de la Lourdeur du Handicap (RLH)	Compensation financière des charges supportées par l'entreprise après un aménagement optimal du poste de travail
Outils de formation tutorée	Contrat de Rééducation Professionnelle en Entreprise (CRPE)	Formation tutorée pour accompagner un reclassement interne ou externe (12)
Outils de formation et d'orientation professionnelle	Bilan de compétences	Aide à la définition d'un projet professionnel et à sa réalisation
	Prestation d'orientation professionnelle spécifique (PSOP)	
	Module d'orientation approfondie pour des assurés en indemnité journalière (MOAIJ)	Construire un nouveau projet professionnel. Module de sept semaines dont deux semaines de stage en entreprise
	Centres de pré-orientation (CPO)	Définir et construire un projet professionnel. Stage rémunéré à temps plein de huit à douze semaines
	Centres de rééducation professionnelle (CRP)	Entraîner ou réentraîner la personne au travail en vue d'une insertion professionnelle

Pour les mesures nécessitant une ingénierie administrative, financière ou juridique, il était recommandé de recourir à des personnes ressources : chargés de maintien en emploi des Cap Emploi, assistants du service social, missions handicaps, équipes des Maisons Départementales pour les Personnes Handicapées (MDPH), équipes d'orientation spécialisée, réseau comète France (12).

Phase de mise-en-œuvre et de suivi du plan de retour au travail :

Il était recommandé au médecin du travail d'évaluer régulièrement l'état de santé du travailleur et de réajuster la nature et la durée des aménagements de travail. Ils suggéraient de prendre en compte l'impact sur le collectif

de travail. Avec le consentement du travailleur, ils proposaient de partager les éléments du suivi avec les acteurs de la prise en charge.

1.3.4. L'adaptation du travail spécifique aux troubles cognitifs

Chartraux *et al.* ont proposé des méthodes permettant d'adapter le travail à l'individu présentant des troubles cognitifs (25).

Troubles de la mémoire

- Déficit d'encodage : privilégier les tâches déjà acquises par automatisme, le travail en tâches successives, les consignes écrites ;
- Déficit de stockage ou consolidation : noter, adapter la nature des informations (visuelles, verbales), procéder par automatisation ;
- Atteinte du mécanisme de récupération des informations en mémoire : mettre en place des stratégies mnémotechniques dès l'encodage ou une prise de notes de réassurance.

Troubles attentionnels :

- Fatigabilité : travailler à temps partiel, aménagé en demi-journées si la fatigabilité est liée à la durée du travail ou morcelé si elle est liée à l'intensité de la tâche ;
- Déficit d'attention sélective : neutraliser les informations superflues ;
- Défaut d'attention divisée : limiter le traitement de données multiples ;
- Attention fluctuante : mettre en place des aides compensatrices (dictaphone, travail en équipe), mettre en place des pauses, supprimer les éléments de distraction, varier les tâches, envisager un travail au forfait ;
- Ralentissement global : aménager le temps de travail et les tâches.

Troubles exécutifs :

- Difficulté d'adaptation aux nouveautés : procéder par automatisation (tâches répétitives), établir des repères contextuels fixes et adapter la nature des informations ;
- Troubles de la planification : donner des instructions les unes après les autres (13).

Troubles comportementaux :

- Apragmatisme : établir des repères contextuels (sonnerie, signal visuel) pour initier l'action ;

- Troubles de la cognition sociale : limiter les tâches basées sur les interactions et le contact avec le public. Ils nécessitent un travail d'information auprès de l'environnement humain du travailleur (25).

2. Rôle du médecin du travail et conduite à tenir pour l'accompagnement des travailleurs cérébrolésés

Depuis 2011, en France, une des missions du médecin du travail est de « contribuer au maintien dans l'emploi des travailleurs »(53). Dans une étude qualitative réalisée en Maine et Loire en 2013, la plupart des médecins du travail interrogés percevaient leur fonction d'aide au maintien dans l'emploi comme prioritaire (44). Permettre aux salariés de conserver leur emploi dans « les meilleures conditions » est l'aboutissement d'un processus complexe (44). Plusieurs paramètres doivent être analysés par le médecin du travail afin d'adapter un poste de travail, en s'entourant de partenaires spécialisés lorsque cela est nécessaire.

2.1. Observer et explorer l'état de santé du salarié

Les séquelles complexes et parfois invisibles des LCA nécessitent une évaluation complète de l'état de santé du salarié. Nous proposons une fiche d'évaluation clinique après une LCA (*Tableau IV*) qui peut être utilisée par le médecin du travail lors d'une visite de pré-reprise ou de reprise.

Tableau IV : Fiche d'évaluation clinique d'un sujet cérébréolé

Évaluation clinique	<p>Situation familiale</p> <p>Symptômes et intensité/ Douleurs chroniques</p> <p>Retentissement sur les tâches de travail</p> <p>Thérapeutiques en cours</p> <p>Fonction motrice/Fonction sensitive/ Fonction cérébelleuse/ Fonction extra-pyramidale</p> <p>Fonction des nerfs crâniens : recherche d'une anosmie, de vertiges, de troubles de l'oculomotricité, de dysphonie ou de dysphagie</p> <p>Évaluation de la fatigue et de la fatigabilité/ Troubles du sommeil</p>
Évaluation ergothérapeutique	<p>Bilan articulaire/ Évaluation de la spasticité</p> <p>Motricité volontaire et involontaire</p> <p>Capacités de préhension</p>
Évaluation psycho-motrice	Motricité globale / Équilibre
Évaluation orthophonique	<p>Articulation, phonologie, lexique</p> <p>Lecture</p>
Évaluation psychologique	Entretien et tests psychologiques
Évaluation psychiatrique	<p>Recherche d'un syndrome dépressif</p> <p>Recherche de troubles du comportement et de réactions psychotiques</p> <p>Évaluation des troubles addictifs</p>
Évaluation des déficiences sensorielles	Vision et audition
Évaluation neuropsychologique	<p>Mémoire : antérograde, prospective, mémoire de travail</p> <p>Attention : vitesse de traitement de l'information, attention soutenue, attention divisée ou sélective</p> <p>Fonctions exécutives : planification, flexibilité, dynamisme, initiative, génération de stratégies</p> <p>Comportement : inhibition ou exaltation</p> <p>Cognition sociale : pseudopsychopathie ou adhérence comportementale</p> <p>Anosognosie ou déni</p> <p>Éléments psychologiques réactionnels : accentuation des traits de personnalité antérieure, égocentrisme, besoin d'ordre et d'organisation</p>

Le rapport du groupe de travail relatif aux contre-indications médicales à la conduite automobile propose deux tests simples pour évaluer l'équilibre et la coordination des mouvements. La station unipodale consiste à tester la capacité à se tenir sur un pied durant cinq secondes. Ce test simple permet de dépister les sujets ayant un fort risque de chute. Le second test est appelé « *up and go test* ». Le sujet est chronométré et doit passer de la position assise à la position debout, marcher trois mètres, faire demi-tour et revenir s'asseoir sur sa chaise. Un temps supérieur à 20 secondes est considéré comme pathologique (54).

Concernant les troubles sensoriels, l'aide de centres spécialisés peut être nécessaire. Par exemple, le Service Interrégional d'Appui aux déficients Visuels (SIADV) est missionné pour intervenir dans les régions Pays de la Loire, du Centre, du Poitou Charentes et du Limousin. L'unité d'évaluation des compétences auditives et de communication (UECAC) et le service d'accessibilité à la communication du centre Charlotte Blouin à Angers sont des spécialistes de la déficience auditive (55).

2.2. Étudier le poste de travail, l'environnement de travail et le milieu de travail

Hormis l'ED 79 de l'Institut National de Recherche et de Sécurité (INRS), intitulé *conception et aménagement des postes de travail*, il n'existe pas de recommandation concernant l'étude d'un poste de travail par le médecin du travail (56). L'étude du poste et des conditions de travail doit permettre au médecin du travail d'identifier les incompatibilités entre le poste de travail et la santé du salarié. La complexité des séquelles de LCA impose de porter une attention particulière aux contraintes cognitives et organisationnelles du poste. Nous proposons une fiche d'étude du poste de travail d'un salarié cérébrolésé (*Tableau V*).

Tableau V : Fiche pour l'étude du poste de travail d'un sujet cérébrolésé

Environnement de travail	Ambiance générale de travail	Travail en intérieur / extérieur / exposition aux intempéries
		Ambiances thermiques
		Ambiances lumineuses
		Exposition au bruit
		Exposition à la poussière
		Exposition à des agents chimiques
Poste de travail	Contraintes physiques du poste	Postures : debout, assis couché, accroupi, penché, bras levés, maintien de l'équilibre
		Mouvements : se tourner, s'accroupir, se lever
		Déplacements : marcher ou courir, monter ou descendre les escaliers, se déplacer sur un terrain difficile
		Manipulation et préhension
		Efforts physiques
		Port de charges
		Manipulation d'outils vibrants
		Conduite d'engins ou de chariots
		Déplacements routiers
	Contraintes cognitives	Attention et concentration
		Mémoire sollicitée
		Gestion des situations stressantes
		Apprentissage, adaptation à des situations nouvelles
		Interruptions de tâches (type et fréquence), gestion de doubles tâches
		Prise d'initiatives
		Appréciation de dangers potentiels
	Communication	Orale, écrite, gestuelle
	Contraintes psychiques et organisationnelles	Horaires : fixité, variabilité
		Cadence ou travail à la chaîne
		Travail isolé / en équipe
		Encadrement
		Tâches répétitives
		Contact avec le public
		Poste à responsabilité
		Travail dangereux
		Autonomie dans l'organisation, liberté décisionnelle
		Charge mentale, implication émotionnelle, nécessité d'empathie
		Pression de la hiérarchie
	Collectif de travail	Rôle du salarié
		Relations avec les collègues
		Possibilité d'entraide ou de relais
Milieu de travail	Entreprise	Taille de l'entreprise
		Situation économique de l'entreprise
	Employeur	Besoins internes

2.3. Élaborer le projet de maintien en emploi et orchestrer sa mise en œuvre

Les recommandations de bonne pratique pour le maintien en emploi présentent les outils de maintien en emploi, l'organisme dont ils dépendent et leurs règles d'utilisation. Cependant, il n'existe pas de stratégie d'utilisation de ces outils par le médecin du travail (12). Nous proposons une aide à la décision sous forme d'arbre décisionnel pour le médecin du travail (Figure 2).

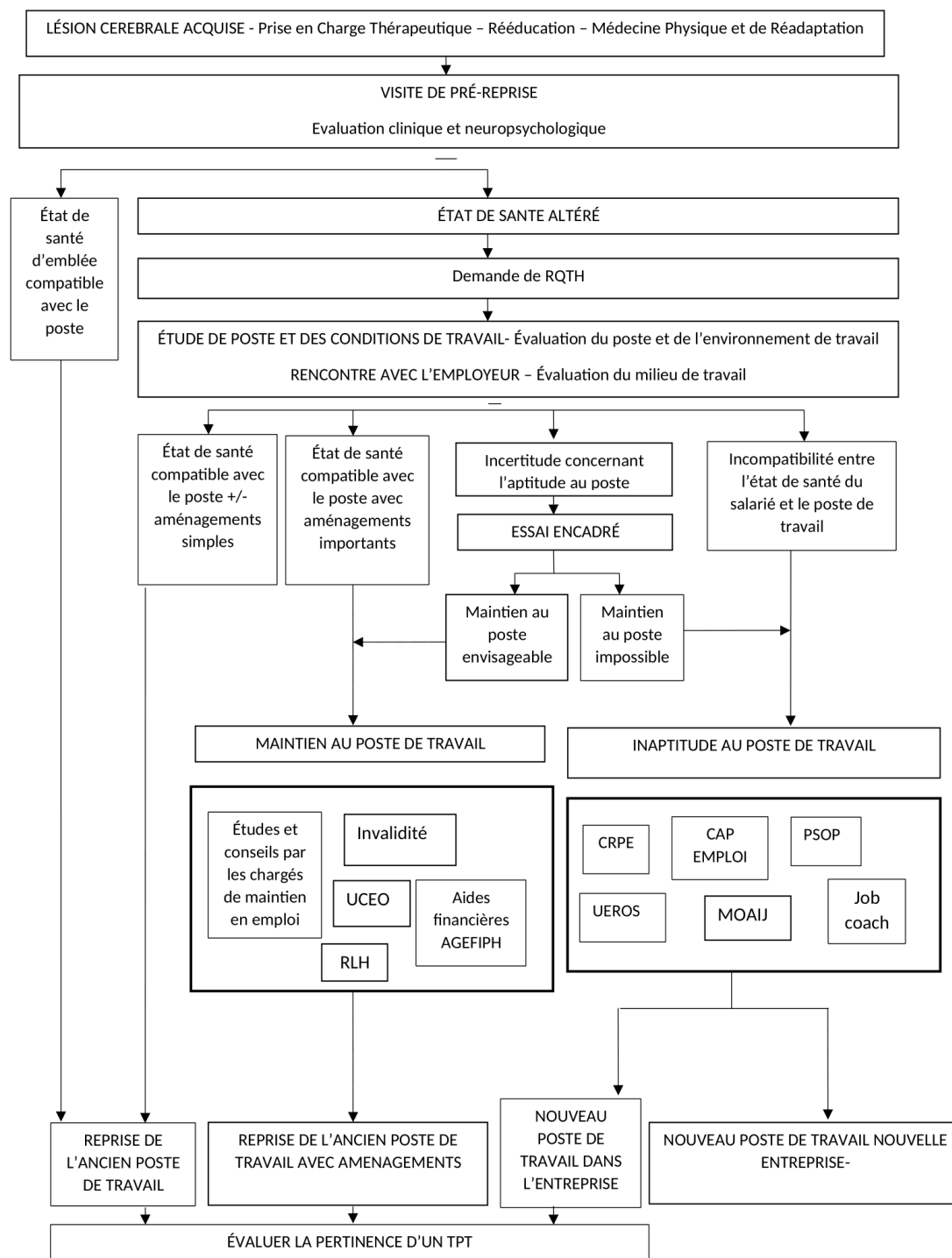


Figure 2 : Arbre décisionnel pour le médecin du travail accompagnant un travailleur cérébrolésé

2.4. Informer et communiquer

La visite de pré-reprise constitue un moment privilégié pour informer le salarié sur sa lésion, ses conséquences sur son physique et son psychisme et les potentiels retentissements sur son travail. Si, en règle générale, les informations ont été délivrées dans les services de soins, le médecin du travail peut s'assurer de la compréhension du salarié et envisager avec lui les répercussions sur le travail. Le dispositif français de maintien en emploi comprend une multiplicité d'acteurs et d'outils. L'efficacité du dispositif repose sur la capacité des différents intervenants à jouer leurs rôles en lien les uns avec les autres. Parmi les partenaires, on peut citer l'employeur, le salarié, le service social, le psychologue, les médecins de soins, le médecin conseil de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM), les médecins de la MDA, les chargés de maintien, et d'autres professionnels spécialisés le cas-échéant. Une communication écrite et des moments d'échanges permettent d'informer chaque professionnel du projet en cours, afin que chacun y participe à son échelle. Travailler dans la même direction et délivrer un message commun au salarié facilitent l'aboutissement du projet (*Annexe 3*). L'employeur est le seul à décider de ses besoins internes et possède un rôle majeur pour le maintien dans l'emploi d'un salarié. Il est indispensable de l'associer le plus précocement possible à la réflexion.

3. Présentation de la situation clinique et d'Arceau Anjou

Afin d'illustrer la conduite à tenir générale présentée ci-dessus, nous présentons un cas clinique de terrain, ainsi qu'Arceau Anjou, un dispositif original du Maine et Loire, spécialisé dans l'accompagnement des sujets cérébrolésés

3.1. Présentation du cas clinique

Monsieur C., 51 ans, droitier, était cuisinier depuis douze ans dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). En janvier 2017, il a été victime d'un AVC ischémique sylvien gauche et a suivi une rééducation pendant deux mois. Lors de la visite de pré-reprise, le médecin du travail a réalisé un examen clinique révélant une spasticité et une fatigabilité à l'effort du membre supérieur droit. Les gestes fins de la main droite étaient difficiles. Le bilan neuropsychologique de Monsieur C. révélait un discret ralentissement dans l'expression verbale, l'absence de difficulté sur le plan attentionnel, quelques difficultés sur le plan de l'apprentissage et quelques troubles de la mémoire de travail et des fonctions exécutives. A l'issue de la visite de pré-reprise, le médecin du travail a contacté l'employeur.

3.1.1. Étude de poste et des conditions de travail et rencontre avec l'employeur

L'EHPAD accueillait 70 résidents. L'équipe de restauration était stable depuis plusieurs années. Monsieur C. travaillait en équipe. La cuisine était spacieuse, il n'y avait pas d'encombrement au sol et les plans de travail étaient libres. Parmi ses tâches, il devait gérer l'approvisionnement, contacter les fournisseurs, passer des commandes, gérer les stocks, réceptionner et ranger les livraisons. Il devait éplucher et couper les légumes, cuire les aliments, préparer les desserts, couper le pain. Enfin, il mettait en place la salle de restauration, préparait les pichets d'eau, servait les résidents à l'assiette, débarrassait les tables, faisait la vaisselle, gisait les déchets, nettoyait les plans de travail. Il devait également inscrire les dates de fabrication des plats et prélever des échantillons pour conservation. Les consignes étaient transmises à Monsieur C. oralement, sans support écrit. Il menait plusieurs activités en parallèle : surveillance de la cuisson, épluchage des légumes, échanges avec les collègues. Il devait ranger et nettoyer son poste de travail au fur et à mesure de la journée. Les tâches principales étaient fréquemment interrompues par des tâches annexes : répondre au téléphone, réceptionner une livraison, aider un collègue. L'employeur était dans une dynamique d'aide et de maintien au poste de Monsieur C.

3.1.2. Mesures génériques de maintien en emploi et étude ergonomique

Lors d'une visite à la demande de Monsieur C., le médecin du travail a utilisé des outils généraux de maintien en emploi. Il a d'abord complété la demande de RQTH. Avec l'accord du salarié, il a rédigé une demande d'intervention de la cellule prévention de la désinsertion professionnelle (PDP) et alerté les organismes de placement spécialisés (OPS). Enfin, il a contacté l'unité de conseil, d'évaluation et d'orientation (UCEO) d'Angers. En octobre 2017, après accord de la cellule PDP, le médecin du travail a organisé un essai encadré sur deux jours pour tester les capacités de reprise de Monsieur C. à son ancien poste. L'ergonome de l'UCEO a observé un ralentissement lors des travaux de précision. Monsieur C. travaillait des deux mains pour compenser la lenteur de la main droite. Il était plus fatigable l'après-midi. Il ressentait une saturation intellectuelle dans des situations de surcharge d'informations. Les interruptions de tâches lui paraissaient compliquées à gérer et il omettait des consignes. Il avait des difficultés à planifier ses tâches et organiser son emploi du temps.

3.1.3. Reprise du travail avec mesures d'aménagements

Le salarié a repris le travail en février 2018 après l'instauration par le médecin du travail et l'ergonome de l'UCEO des conditions de reprise suivantes :

Reprise du travail progressive : reprise à temps partiel thérapeutique (50 %, 60 %, 70 %, 80 % puis 100 %), en semaine uniquement, sur des horaires du matin.

Aménagement matériel : achat d'un épluche-légumes et de couteaux plus préhensibles financés par l'AGEFIPH.

Aménagement organisationnel : mise en œuvre de consignes écrites sur un tableau avec un code couleur selon le type de tâche et les priorités. Afin de limiter les situations d'interruption de tâches, l'implication des collègues a été demandée pour répondre au téléphone et gérer les commandes fournisseurs.

Soutien à l'entreprise : une demande de Reconnaissance de la Lourdeur du Handicap (RLH) a été effectuée afin de compenser la « perte de productivité » du salarié.

3.1.4. Suivi du salarié

Treize mois se sont écoulés entre l'AVC de Monsieur C. et sa reprise effective du travail. Le déroulement chronologique des opérations est présenté ci-après (*Figure 3*). Six mois après sa reprise, la visite médicale a permis au médecin du travail d'évaluer la symptomatologie de Monsieur C. et de le réévaluer cliniquement. Il a recueilli le vécu du salarié sur les mesures d'adaptation du poste de travail.

Janv. 17	AVC
Fév. 17	
Mars 17	VISITE DE PRÉ-REPRISE
Avr. 17	- interrogatoire et examen clinique, avis spécialisés
Mai 17	- dossier RQTH
Juin 17	- fiche de signalement Cap-EMPLOI Maintien
Juil. 17	- demande de passage en cellule PDP
Aoû. 17	- courrier à l'employeur
Sep. 17	PASSAGE EN CELLULE PDP
Oct. 17	ÉTUDE DE POSTE ET DES CONDITIONS DE TRAVAIL
Nov. 17	ESSAI ENCADRÉ EN ENTREPRISE
Déc. 17	INTERVENTION DE CAP EMPLOI-SAMETH
Janv. 18	INTERVENTION DE L'UCEO
Fév. 18	
Mars 18	REPRISE DU TRAVAIL
Avr. 18	- reprise en TPT, horaires aménagés
Mai 18	- matériel adapté
Juin 18	- consignes écrites
Juill. 18	- demande de RLH
	- information des collègues
	VISITE À LA DEMANDE DU MÉDECIN DU TRAVAIL

Figure 3 : Déroulement du maintien en emploi de Monsieur C.

3.2. Présentation d'Arceau Anjou

Arceau Anjou est un dispositif d'accompagnement des personnes cérébrolésées, géré par la Mutualité Française Anjou Mayenne. Il est constitué d'un ensemble de services et établissements médico-sociaux pour les personnes cérébrolésées. Ce dispositif comprend des établissements d'hébergement, des services d'accompagnement à domicile, de soin, d'évaluation et d'orientation et de soutien vers l'emploi. L'UCEO accompagne toutes les personnes victimes de LCA étant à l'origine de situations de handicap complexes, motrices, cognitives, comportementales, sociales et professionnelles. Ce dispositif, financé par l'Association de Gestion du Fond pour l'Insertion des Personnes Handicapées (AGEFIPH), a pour objectif le maintien en emploi en milieu ordinaire. L'UCEO peut être sollicitée par le Cap-Emploi-maintien et la Caisse d'Assurance Retraite et de Santé au Travail (CARSAT). Un neuropsychologue, un ergonome et un psychologue-ergonome-chargé de maintien évaluent la situation de salariés pour lesquels il existe une problématique de maintien au poste de travail ou qui sont en arrêt de travail. Conjointement avec le médecin du travail, ces professionnels proposent des aménagements du poste de travail ou des reclassements internes (*Annexes 1, 2 et 3*).

Arceau Anjou supporte également deux autres services. Le service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH) propose un accompagnement à domicile favorisant le maintien des liens familiaux, sociaux, scolaires ou professionnels. L'UEROS d'Angers propose des services d'évaluation des capacités, de réentraînement, de préparation à l'insertion sociale et professionnelle et d'orientation. Ces services prennent deux formes : le stage court dure quelques jours tandis que le stage long dure six mois (*Annexe 4*). Après un stage, les bénéficiaires peuvent être orientés vers un Etablissement et Service d'Aide par le Travail (ESAT), une Entreprise Adaptée (EA) ou dans le milieu ordinaire. L'UEROS assure un suivi pendant deux ans. Dans les cas les plus complexes, la structure peut passer le relais à un conseiller en emploi accompagné exerçant dans le cadre de l'Action pour l'Insertion (API), portée par l'Association Ligérienne Personnes Handicapées Adultes (ALPHA) (*Annexe 5*).

DISCUSSION ET CONCLUSION

Parmi les séquelles des LCA, les handicaps invisibles étaient nombreux et les dimensions cognitives et comportementales rendaient l'impact sur le travail imprévisible. Les facteurs facilitant et limitant la reprise d'une activité professionnelle après une LCA étaient liés à l'individu, à la gravité des séquelles, à l'environnement et à l'organisation de la reprise du travail. L'UEROS et les unités de réinsertion professionnelle des services hospitaliers étaient des programmes complets destinés à favoriser la reprise du travail malgré les séquelles des LCA. Les outils de remobilisation précoce, la réduction du temps de travail, l'aménagement technique et organisationnel étaient des outils généraux de maintien en emploi, complémentaires avec une adaptation spécifique aux troubles cognitifs. Nous avons proposé trois documents destinés au médecin du travail synthétisant ces éléments : une fiche d'évaluation clinique, une fiche pour l'étude du poste et des conditions de travail et un arbre décisionnel.

- Comparaison avec la littérature

Facteurs prédictifs du retour au travail

Concernant les facteurs prédictifs du retour au travail, nous avons identifié trois grandes catégories de déterminants : les facteurs individuels, la gravité de la pathologie et des séquelles, et les paramètres liés au travail. Si l'on veut comparer avec d'autres pathologies graves ou chroniques ayant des répercussions physiques, cognitives ou psychiques sur le long terme, la littérature donne des éléments comparables. Une revue de la littérature récente montre que, quelque-soit la pathologie, les facteurs facilitant le maintien en emploi sont : un haut niveau socio-économique, une bonne santé perçue, une espérance de rétablissement, de bonnes capacités fonctionnelles et de travail, un espoir élevé de reprise du travail et une maîtrise de la langue (12). Nos résultats ne retrouvaient pas la notion de bonne santé perçue ni d'espérance de rétablissement, même si le faible espoir de rétablissement était compté parmi les facteurs négatifs. Quant au risque de désinsertion professionnelle, il est accru en cas d'association de deux ou plusieurs facteurs parmi : âge supérieur à 50 ans, faible niveau d'études, isolement ou manque de soutien social et familial, capacité physique limitée, mauvaise santé perçue, symptômes de détresse, symptomatologie anxieuse ou dépressive, surpoids, arrêts de travail antérieurs répétés ou prolongés. Dans notre synthèse de la littérature, on retrouvait un âge supérieur à 40 ans et non à 50 ans et tous les facteurs étaient cités à l'exception de la mauvaise santé perçue, du surpoids et de l'existence d'arrêts de travail antérieurs répétés et/ou prolongés. Le fait de vivre en couple et la peur de perte de revenus sont cités parmi les facteurs favorisant la reprise du travail dans une étude réalisée chez des femmes ayant présenté un cancer du sein (57). A l'inverse, dans nos résultats, le fait de vivre maritalement était un facteur limitant la reprise du travail. Ce

résultat était attribué par les auteurs au soutien financier apporté par le conjoint. L'adhésion du travailleur au projet de retour au travail est un élément déterminant de la reprise du travail dans une étude canadienne menée chez des travailleurs présentant une lésion musculosquelettique d'origine professionnelle (58). Dans l'étude de L. Bontoux *et al.*, le fait de se sentir « capable de travailler » est associé à une plus grande chance de travailler, un an après un stage de reconditionnement à l'effort de patients lombalgiques chroniques (51). Ces résultats sont concordants avec les facteurs que nous avons identifiés, même s'il s'agit d'autres pathologies. Ils démontrent bien le caractère complexe et multidimensionnel des facteurs individuels mis en jeu lors de la reprise du travail après un long arrêt de travail.

Si l'on veut comparer avec d'autres études sur le rôle de l'employeur et de l'entreprise sur le maintien en emploi, la revue de la littérature rapporte qu'une implication précoce et l'engagement de l'entreprise dans la stratégie de maintien en emploi sont des facteurs de bon pronostic pour la reprise (12). Les facteurs limitants communs à toutes pathologies sont : l'absence ou l'insuffisance de politique favorisant le retour au travail au sein de l'entreprise et l'impossibilité d'aménagement ou de reclassement. Plus spécifiquement, parmi les troubles de la santé mentale, la stigmatisation des travailleurs par les collègues ou la hiérarchie influence négativement le pronostic professionnel (12). La grande taille de l'entreprise semble favoriser les aménagements de temps et de poste de travail tel que le temps partiel thérapeutique (57). Ce résultat est cohérent avec ceux de notre recherche bibliographique, les moyens de l'entreprise étant indépendants de la pathologie. La réussite du maintien en emploi est directement liée à la motivation de l'employeur et à la situation socio-économique de l'entreprise. Plus l'entreprise a une taille importante, plus les possibilités financières et humaines sont variées pour adapter un poste ou en créer un nouveau.

Accompagnement du retour au travail d'un travailleur cérébrolésé

Plusieurs méthodes permettent d'accompagner les personnes cérébrolésées vers la reprise d'un travail. La littérature relate des méthodes variées selon les pathologies. Dans le champ des pathologies psychiatriques, l'accompagnement vers le retour au travail a vu émerger des pratiques « d'emploi accompagné » (« *supported employment* ») (59). Cette pratique performante s'oppose aux pratiques traditionnelles de réinsertion. Alors que ces dernières reposent sur le modèle du « *train and place* », basé sur la progressivité et le réentraînement préalables à l'insertion en milieu de travail ordinaire, l'approche alternative appelée « *place and train* » favorise l'insertion rapide en milieu de travail ordinaire puis la formation et le soutien dans le cadre de l'activité de travail

(59,60). Il s'agit d'insérer au plus vite les personnes en milieu ordinaire de travail, sans étape préparatoire qui différerait le retour à l'emploi réel. Une personne qualifiée de « *job coach* », ou au Québec de « conseiller en emploi spécialisé », assure un soutien pour l'aide à la recherche et à l'obtention d'un emploi. Elle est présente au moment de la prise de poste puis accompagne le salarié tout au long de l'activité de travail (59). Cette pratique se développe rapidement en Amérique du Nord, en Europe ainsi que dans plusieurs pays d'Asie mais tarde à se développer en France. Elle semble très efficace puisque Pachoud rapporte un taux d'insertion en milieu ordinaire en moyenne supérieur à 50 % à l'issue d'un suivi de 18 mois, alors qu'il n'est que de 24 % avec les autres méthodes d'accompagnement vers l'emploi (59). Il est fort probable que ces pratiques vont progressivement s'étendre à l'accompagnement des personnes cérébrolésées, dont certaines séquelles sont assimilables à la pathologie psychiatrique. Nous pouvons nous interroger sur le rôle du médecin du travail au sein de tels dispositifs.

- Limites

Intérêts et limites méthodologiques

L'intérêt de ce travail réside dans la complémentarité des méthodologies : la recherche bibliographique et le travail de synthèse, très théoriques, sont complémentaires avec la présentation d'une situation clinique, plus pratique. Nos résultats doivent cependant être considérés avec prudence du fait d'un certain nombre de biais et de limites méthodologiques. Une recherche plus exhaustive, incluant davantage de moteurs de recherche et de mots clés aurait permis de répertorier d'autres publications et de présenter des résultats plus complets. Une double lecture aurait permis de limiter les biais d'inclusion et de non-inclusion dans l'étude. D'autre part, certaines études incluses pouvaient comporter elles-mêmes des biais méthodologiques non identifiés. La conduite à tenir pour le médecin du travail constitue une aide à la décision et permet de mobiliser les outils adaptés à la situation. Cependant, comme tout protocole, elle a des limites et doit être adaptée aux situations complexes auxquelles le médecin du travail est confronté. Au sujet du cas clinique, l'incidence du TC modéré à sévère est estimée à 45 à 80 pour 100 000 habitants en France (61) et celle de l'AVC à environ 113 pour 100 000 habitants (62). Les salariés des services de santé au travail du SMIA et du STCS cumulés représentent un total de 200 000 travailleurs soit, environ 300 à 400 cas de LCA par an. La situation clinique présentée représente un cas isolé au sein de la population concernée et ne constitue pas un modèle de référence : il s'agit d'une illustration non généralisable.

Le secret médical

La communication avec les médecins de soins est réglementée. Toute information concernant le salarié lui appartient et ne peut être communiquée sans son accord. Ceci constitue probablement un frein à la communication entre les professionnels. De même, le secret médical n'est pas partagé avec les experts du maintien en emploi. On peut imaginer des réticences à la communication pour ne pas trahir le secret médical (63,64). Certaines études ont fait apparaître des difficultés de communication entre les professionnels. On peut formuler l'hypothèse que la multiplicité des acteurs et les méconnaissances concernant les rôles de chacun sont en cause dans ces difficultés de communication.

Le rôle des acteurs du maintien en emploi

On peut craindre que, face à la pénurie des médecins du travail, les partenaires du maintien en emploi les supplantent. Ils organisent des rencontres avec les salariés, contactent les employeurs et se déplacent en entreprises. Parfois, ils proposent des aménagements du poste sans concertation avec le médecin du travail. Or, il n'apparaît pas concevable que le médecin du travail, seul décisionnaire final, ne soit pas impliqué à chaque étape de ces dossiers. Il est le chef d'orchestre de l'action de maintien en emploi car il porte la responsabilité de l'aptitude ou non au poste de travail. C'est à lui qu'incombe la cohérence globale du projet et sa validation.

La problématique temporelle

La problématique liée au temps est centrale. Des études sur le MEE montrent que l'absence de reprise du travail augmente avec la durée de l'arrêt maladie. Le projet de reprise du travail doit être travaillé le plus précocement possible. Les professionnels peuvent se heurter à des délais administratifs incompressibles, générant des prolongations d'arrêt maladie parfois moins justifiés médicalement. On peut citer par exemple l'attribution de la RQTH, porte d'entrée quasiment incontournable dans toute action de MEE. C'est la raison pour laquelle cette étape apparaît très tôt dans l'arbre décisionnel, même s'il pourrait paraître plus logique d'effectuer la demande de RQTH uniquement dans les situations de maintien au poste de travail antérieur. De même, des mesures comme l'invalidité gagnent à être envisagées et discutées précocement avec le médecin conseil de la CPAM.

Le risque d'épuisement du salarié à long terme

Le médecin du travail ne doit pas vouloir « à tout prix » remettre le salarié sur son poste antérieur. Si l'activité n'a pas été bien adaptée aux déficits du salarié, elle risque d'entraîner un épuisement du salarié. Prononcer une inaptitude au poste de travail peut permettre d'éviter ces situations et protéger le salarié. Dans ce cas, l'employeur a l'obligation légale de chercher un poste de reclassement au sein de l'entreprise ou du groupe. L'essai encadré peut être utile en permettant au salarié de tester un nouveau poste de travail. L'apprentissage d'un nouveau métier peut effrayer les employeurs car il représente une prise de risque pour l'entreprise. En outre, le salarié n'est pas opérationnel immédiatement, l'employeur doit être prêt à accepter ce délai et parfois un niveau d'exigence moindre sur ce poste. Le contrat de rééducation professionnelle en entreprise (CRPE) offre la même possibilité de test que l'essai encadré, mais sur une durée plus importante (trois mois à un an). De plus, il assure une sécurité financière à l'employeur, puisqu'il s'agit d'un cofinancement par l'employeur et la CPAM.

L'incompréhension et l'épuisement du collectif de travail

Comme dans le cas de Monsieur C., l'aménagement du poste de travail a parfois des limites. La redistribution des tâches au sein du collectif de travail peut générer un sentiment d'injustice et un épuisement des collègues. C'est un exercice périlleux d'informer les collègues pour favoriser le soutien collectif sans dévoiler la pathologie du salarié. Les professionnels de terrain s'adressent au collectif, avec l'accord du salarié concerné, en termes de « capacités » et de « difficultés » sans mentionner le diagnostic. On peut s'interroger sur les limites du secret professionnel dans ce cas.

- Perspectives de travail

Les outils et la conduite à tenir que nous avons proposés pour les médecins du travail pourraient faire l'objet d'une évaluation à distance, notamment sous la forme d'une étude quantitative sur les taux de retour au travail après LCA.

CONCLUSION

L'évaluation clinique et neuro-psycho-cognitive du salarié est indispensable avant toute action de maintien en emploi après une LCA, car méconnaître un handicap invisible peut compromettre l'avenir professionnel du salarié. L'étude du poste de travail concerne l'environnement de travail, les contraintes physiques du poste, mais également les contraintes cognitives, psychiques et organisationnelles et les relations d'interdépendances entre

le salarié et le collectif de travail. Nous avons proposé une conduite à tenir générale pour aider les médecins du travail à maintenir les salariés en emploi ou dans l'emploi après une LCA. Deux fiches pratiques, ainsi qu'une aide à la décision sous forme d'arbre décisionnel, devraient permettre d'homogénéiser les pratiques et de diminuer les inégalités de prise en charge par les médecins du travail. Une adaptation propre à chaque travailleur cérébrolésé reste néanmoins indispensable car chaque situation est unique.

BIBLIOGRAPHIE

1. Reiner P., Jouvent E., Chabriat H. Accidents vasculaires cérébraux. La revue du praticien. Avr. 2012; 5: 565-571.
2. Schnitzler A, Pradat-Diehl P. Reprise du travail après un accident vasculaire cérébral. La Lettre du Neurologue. 2006; 10(4).
3. Oppenheim-Gluckman H, Pradat-Diehl P. Les troubles psychiques des patients cérébro-lésés : un problème de santé publique. Inf Psychiatr. 2012;88(5):327.
4. Bayen É, Jourdan C, Azouvi P, Weiss J-J, Pradat-Diehl P. Prise en charge après lésion cérébrale acquise de type traumatisme crânien. Inf Psychiatr. 15 nov 2012;me 88(5):331-7.
5. Bonnetterre V, Pérennou D, Trovatiello V, Mignot N, Segal P, Balducci F, et al. Interest of workplace support for returning to work after a traumatic brain injury: A retrospective study. Ann Phys Rehabil Med. déc 2013;56(9-10):652-62.
6. Jmor F, Emsley HC, Fischer M, Solomon T, Lewthwaite P. The incidence of acute encephalitis syndrome in Western industrialised and tropical countries. Virol J. 30 oct 2008;5:134.
7. Annoni JM, Colombo F. Troubles cognitifs et comporte mentaux après lésion cérébrale: impact sur la reprise professionnelle. Rev Médicale Suisse. 4 mai 2011;7(293):944-7.
8. Saunders SL, Nedelec B. What Work Means to People with Work Disability: A Scoping Review. J Occup Rehabil. mars 2014;24(1):100-10.
9. Aballea P., Du Mesnil du Buisson M-A. La prévention de la désinsertion professionnelle des salariés malades ou handicapés. Rapport de l'IGAS. Dec. 2017. N°2017-025R.
10. Lecocq C., Dupuis B., Forest H., Lanouziere H. Santé au travail : vers un système simplifié pour une prévention renforcée. Août 2018.
11. Plan santé au travail 2016-2020. Disponible sur <http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/pst3.pdf> consulté le 10 décembre 2019.
12. Santé et maintien en emploi : prévention de la désinsertion professionnelle des travailleurs. Recommandations de bonne pratique de l'HAS et la SFMT. Fév. 2019. Disponible sur www.has-sante.fr. Consulté le 3 janvier 2020.
13. Vuadens P, Arnold P, Bellmann A. Return to work after a traumatic brain injury : a difficult challenge. In: Vocational Rehabilitation. 2006. p. 143-63. Disponible sur: http://link.springer.com/10.1007/2-287-29745-6_10
14. SMIA-Rapport annuel d'activité-2017. Disponible sur <http://smia.sante-travail.net/documents/SMIA-RAPPORT-ANNUEL-ACTIVITES-2017.pdf>. Consulté le 5 février 2020.
15. STCS-Rapport d'activité 2017. Disponible sur: <http://stcs.sante-travail.net/documents/Rapport%20d%27activit%C3%A9%202017%20-%20STCS%20-%202014-06-2018.pdf>. Consulté le 5 février 2020.
16. Chiffres clés de la fédération santé travail Pays de la Loire. Disponible sur: https://www.sante-travail-pdl.com/images/chiffres_cl%C3%A9s_v2.pdf. Consulté le 17 sept 2019.
17. Hamdoun S., Colle F. Évaluer les déficiences dès la stabilisation clinique. Dossier post accident vasculaire cérébral. La revue du praticien. Avr.2016 ; 66 : 436-443.
18. Pradat-Diehl P., Peskine A. Retravailler après un AVC. Le concours médical. 20 oct. 2009; 131 (16) : 635-637.

19. Chen JX, Lindeborg M, Herman SD, Ishai R, Knoll RM, Remenschneider A, et al. Systematic review of hearing loss after traumatic brain injury without associated temporal bone fracture. *Am J Otolaryngol*. 2018;39:338-44.
20. Knoll RM, Herman SD, Lubner RJ, Babu AN, Wong K, Sethi R, et al. Patient-reported auditory handicap measures following mild traumatic brain injury. *The laryngoscope*. 2019;00:1-7.
21. Ponchel A. Fatigue post Accident vasculaire cérébral. Facteurs associés et impact des troubles cognitifs et émotionnels. Thèse de psychologie. Disponible sur : <http://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/f5f2aea2-6c30-42ef-9f52-deade0f5617b>. Consulté le 2 janvier 2018.
22. Aarnes R, Stubberud J, Lerdal A. A literature review of factors associated with fatigue after stroke and a proposal for a framework for clinical utility. *Neuropsychol Rehabil*. 24 mars 2019;1-28.
23. De Groot MH, Phillips SJ, Eskes GA. Fatigue associated with stroke and other neurologic conditions : implications for stroke rehabilitation. *Arch Phys Med Rehabil*. 1 nov 2003;84(11):1714-20.
24. Jourdan C., Laffont I., Froger J. La vie après un accident vasculaire cérébral : un processus lent et complexe qui doit être coordonné. *La revue du praticien*. Avril 2016 ; 66 : 444-452.
25. Chartaux-Danjou L, Moroni C, Delecroix H. Quels impacts dans le travail pour quels troubles cognitifs ? *Arch Mal Prof Environ*. 1 nov 2014;75(5):530-1.
26. Alashram AR, Annino G, Padua E, Romagnoli C, Mercuri NB. Cognitive rehabilitation post traumatic brain injury: A systematic review for emerging use of virtual reality technology. *J Clin Neurosciences*. Mai 2019.
27. Panwar N, Purohit D, Deo Sinha V, Joshi M. Evaluation of extent and pattern of neurocognitive functions in mild and moderate traumatic brain injury patients by using Montreal Cognitive Assessment (MoCA) score as a screening tool: An observational study from India. *Asian J Psychiatry*. 1 mars 2019;41:60-5.
28. Catalina-Romero C., Ruilope L-M, Sanchez-Chaparro M-A, Valdivielso P., Cabrera-Sierra M., Fernandez Labandera C., Ruiz-Moraga M., Gonzalez Quintela A., Calvo Bonacho E. Factors influencing return-to-work after cerebrovascular disease: the importance of previous cardiovascular risk. *European Journal of Preventive Cardiology*. 12 sept 2015 ; 22 (9) : 1220-1227.
29. Capron J. Retentissement psychiatrique de l'AVC. *NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie*. 1 déc 2015;15(90):353-8.
30. Zouker J, Albanese J-B, Autret K, Floch RL, Gruson M, Chapelain M-F, et al. La réinsertion professionnelle des cérébro-lésés, recherche de facteurs pronostiques. Étude rétrospective d'une cohorte de 100 sujets. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*. Oct. 2012 ; 55(S1) : 362-363.
31. Matérne M, Lundqvist L-O, Strandberg T. Opportunities and barriers for successful return to work after acquired brain injury: A patient perspective. *Work*. 2017;56(1):125-34.
32. Trygged S, Ahacic K, Kåreholt I. Income and education as predictors of return to working life among younger stroke patients. *BMC Public Health*. 1 déc 2011;11(1):742.
33. Frostad Liaset I, Lorås H. Perceived factors in return to work after acquired brain injury: A qualitative meta-synthesis. *Scand J Occup Ther*. nov 2016;23(6):446-57.
34. Arwert HJ, Schults M, Meesters JJJ, Wolterbeek R, Boiten J, Vlieland TV. Return to Work 2-5 Years After Stroke: A Cross Sectional Study in a Hospital-Based Population. *J Occup Rehabil*. 1 juin 2017;27(2):239-46.
35. Saeki S, Ogata H, Okubo T, Takahashi K, Hoshuyama T. Return to Work After Stroke: A Follow-up Study. *Stroke*. 1 mars 1995;26(3):399-401.
36. Vestling M, Tufvesson B, Iwarsson S. Indicators for return to work after stroke and the importance of work for subjective well being and life satisfaction. *J Rehabil Med*. 1 janv 2003;35(3):127-31.

37. Hamy O., Reprise du travail après un accident vasculaire cérébral constitué ou transitoire : étude des facteurs associés dans notre cohorte amiénoise. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*. Octobre 2013 ; 56 (S&):e53-e54.
38. Rubenson C, Svensson E, Linddahl I, Björklund A. Experiences of returning to work after acquired brain injury. *Scand J Occup Ther*. 1 janv 2007;14(4):205-14.
39. Donker-Cools BHPM, Schouten MJE, Wind H, Frings-Dresen MHW. Return to work following acquired brain injury: the views of patients and employers. *Disabil Rehabil*. 2018;40(2):185-91.
40. Hannerz H, Ferm L, Poulsen OM, Pedersen BH, Andersen LL. Enterprise Size and Return to Work After Stroke. *J Occup Rehabil*. 1 déc 2012;22(4):456-61.
41. Matérne M, Strandberg T, Lundqvist L-O. Risk Markers for Not Returning to Work Among Patients with Acquired Brain Injury: A Population-Based Register Study. *J Occup Rehabil*. 1 dec. 2019; 29 (4): 728-739.
42. Westerlind E., Persson H-C., Sunnerhagen K-S. Return to Work after a Stroke in Working Age Persons; A Six-Year Follow Up. *Plos On*. Janv. 2017.
43. Somville PR, Mairiaux P. Incapacité de travail prolongée. Revue des facteurs de risque professionnels et des stratégies d'intervention. *Archives des maladies professionnelles et de l'environnement*. 31 oct 2015 ; 76(5): 458-467.
44. Kergresse M, Fanello S, Delahaye I, Durand-Moreau Q, Pellé-Duporté D, Roquelaure Y. Maintien dans l'emploi et pratiques en médecine du travail. Enquête qualitative en Maine-et-Loire. *Archives des maladies professionnelles et de l'environnement*. Juin 2013; 74(6): 630-637.
45. Haverlaen L. The First Six Years of Building and Implementing a Return-to-Work Service for Patients with Acquired Brain Injury. The Rapid-Return-to-Work-Cohort-Study. *J Occup Rehabil*. 2017;10.
46. Klonoff PS, Lamb DG, Henderson SW, Sheperd J. Outcome assessment after milieu-oriented rehabilitation : new considerations. *Arch Phys Med Rehabil*. juin 1998;79:684-90.
47. Foy CML. Long Term Efficacy of an Integrated Neurological and Vocational Rehabilitation Programme for Young Adults with Acquired Brain Injury. *J Occup Rehabil*. sept 2014;24(3):533-42.
48. Hoeffding LK, Nielsen MH, Rasmussen MA, Norup A, Arango-Lasprilla JC, Kjær UK, et al. A manual-based vocational rehabilitation program for patients with an acquired brain injury: study protocol of a pragmatic randomized controlled trial (RCT).2017; 18:371.
49. Dongen CH. Short-Term and Long-Term Outcomes of a Vocational Rehabilitation Program for Patients with Acquired Brain Injury in The Netherlands. *J Occup Rehabil*. :8.
50. Autret K, Zouker J, Albanese J-B, Berthier T, Durufle A, Le Meur C, et al. Return to work after brain injury: A retrospective study of 85 patients followed by an occupational reintegration unit. *Ann Phys Rehabil Med*. oct 2015;58(5):308-11.
51. Hamonet-Torny J, Fayol P, Faure P, Carrière H, Dumond J-J. Traumatic brain injury rehabilitation, the programs applied in French UEROS units, and the specificity of the Limoges experience. *Ann Phys Rehabil Med*. 1 avr 2013;56(3):174-92.
52. Le Gall G, Lamothe G, Mazaux J-M, Muller F, Debelleix X, Richer E, et al. Programme d'aide à la réinsertion socioprofessionnelle des jeunes adultes cérébrolésés : résultats à cinq ans du réseau UEROS-Aquitaine. *Ann Réadapt Médecine Phys*. 2007;(50):5-13.
53. Article L4622-2 du code du travail. Disponible sur www.legifrance.gouv.fr. Consulté le 6 mars 2020.
54. Domont A. Rapport du groupe de travail relatif aux contre-indications médicales à la conduite automobile. Hôpital Corentin Celton: AP-HP; juin 2003.

55. Déficience sensorielle - Mutualité française Anjou-Mayenne. Disponible sur: <https://www.mfam.fr/-Deficience-sensorielle>. Consulté le 12 mars 2020.
56. Cam E, Durand B, Valadié M, Vandevyver B. Conception et aménagement des postes de travail INRS ED 79. 2013.
57. Guittard M, Capitain O. Facteurs influençant le retour au travail et le maintien en emploi après un cancer du sein. Arch Mal Prof Environ. 2016;(77):157-64.
58. Durand M-J, Baril R, Loisel P, Gervais J. Trajectoires des travailleurs recevant un programme de retour au travail : étude exploratoire des discussions d'une équipe interdisciplinaire. Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé. 2008; 10-2.
59. Pachoud B. Soutien à l'emploi, emploi accompagné et handicap psychique : une pratique nouvelle ? Prat En Santé Ment. 2014;13-6.
60. Corrigan PW, McCracken G. Place first, then train : an alternative to the model of psychiatric rehabilitation. 2003;
61. Ruet A. Evolution fonctionnelle et de l'insertion socio-professionnelle et facteurs pronostiques après une lésion cérébrale acquise invalidante du sujet en âge de travailler. Etude de populations ayant eu un traumatisme crânien ou un accident vasculaire cérébral. Disponible sur www.theses.fr. Consulté le 23 sept. 2019.
62. Béjot Y, Touzé E, Jacquin A, Giroud M, Mas J-L. Épidémiologie des accidents vasculaires cérébraux. médecine/sciences. 1 août 2009;25(8-9):727-32.
63. Article L1110-4 du code de la santé publique. Disponible sur www.legifrance.gouv.fr. Consulté le 6 mars 2020.
64. Article L1110-12 du code de la santé publique. Disponible sur www.legifrance.gouv.fr. Consulté le 6 mars 2020.

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Diagramme de flux de la recherche bibliographique	5
Figure 2 : Arbre décisionnel pour le médecin du travail accompagnant un travailleur cérébrolésé.....	24
Figure 3 : Déroulement du maintien en emploi de Monsieur C.....	27

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Facteurs pronostiques associés à la reprise du travail après une LCA	10
Tableau II : Facteurs pronostiques associés à une absence de reprise du travail après une LCA	12
Tableau III : Mesures génériques de maintien en emploi mobilisables par le médecin du travail	17
Tableau IV : Fiche d'évaluation clinique d'un sujet cérébrolésé	21
Tableau V : Fiche pour l'étude du poste et des conditions de travail d'un travailleur cérébrolésé	23

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ.....	1
INTRODUCTION	2
MÉTHODES	4
1. Recherches bibliographiques et sélection des études	4
2. Définition du rôle du médecin du travail et élaboration d'une conduite à tenir	5
3. Recherches sur le terrain : sélection d'un cas clinique et entretiens	6
4. Ethique	6
RÉSULTATS	7
1. Résultats de la recherche bibliographique	7
1.1. Séquelles des lésions cérébrales acquises et influence sur le retour au travail	7
1.1.1. Les séquelles visibles : une répercussion sur le travail évidente.....	7
1.1.2. Les séquelles invisibles : une répercussion sur le travail difficile à prévoir	7
1.2. Facteurs prédictifs du retour au travail après une lésion cérébrale acquise.....	10
1.2.1. Facteurs facilitants.....	10
1.2.2. Facteurs limitants	12
1.3. Accompagnement du retour à l'emploi du travailleur cérébrolésé : expériences et recommandations de bonne pratique en France	13
1.3.1. Unités de réinsertion professionnelle dans des services d'hospitalisation et des centres de réadaptation fonctionnelle.....	14
1.3.2. Unités d'Évaluation, de réentraînement et d'orientation socioprofessionnelle (UEROS)	14
1.3.3. Recommandations de bonne pratique (RBP) et outils pour le médecin du travail	15
1.3.4. L'adaptation du travail spécifique aux troubles cognitifs.....	19
2. Rôle du médecin du travail et conduite à tenir pour l'accompagnement des travailleurs cérébrolésés	20
2.1. Observer et explorer l'état de santé du salarié	20
2.2. Étudier le poste de travail, l'environnement de travail et le milieu de travail	22
2.3. Élaborer le projet de maintien en emploi et orchestrer sa mise en œuvre	24
2.4. Informer et communiquer.....	25
3. Présentation de la situation clinique et d'Arceau Anjou	25
3.1. Présentation du cas clinique.....	25
3.1.1. Étude de poste et des conditions de travail et rencontre avec l'employeur	26
3.1.2. Mesures génériques de maintien en emploi et étude ergonomique	26
3.1.3. Reprise du travail avec mesures d'aménagements	26
3.1.4. Suivi du salarié.....	27
3.2. Présentation d'Arceau Anjou	28
DISCUSSION ET CONCLUSION	29
BIBLIOGRAPHIE	35
LISTE DES FIGURES	39
LISTE DES TABLEAUX.....	40
ANNEXES.....	I

ANNEXES

Annexe 1 : Rencontre avec un neuropsychologue d'Arceau Anjou

Qu'est-ce qu'un bilan neuropsychologique ? Quels paramètres évaluez-vous ?

« Le bilan neuropsychologique chez un patient cérébrolésé permet d'évaluer les répercussions cognitives de la LCA. En début d'entretien, le neuropsychologue s'enquiert du type de lésion cérébrale et des bilans d'imagerie.

L'entretien permet :

- de recueillir les plaintes du patient,
- d'évaluer les troubles du langage et de la compréhension,
- d'interroger sur le parcours scolaire et professionnel,
- de déterminer la latéralité à l'aide d'un questionnaire,
- de réaliser divers tests pour évaluer les fonctions cognitives ».

La sphère instrumentale :

- Le langage :
 - évaluation de la compréhension orale et écrite,
 - évaluation de l'expression orale et écrite (manque du mot, aphasie de Broca, aphasie de Wernicke).
- Les praxies correspondent aux gestuelles volontaires :
 - idéatoire : utilisation des objets,
 - idéomotrice : gestes symboliques (accès à la sémantique),
 - pantomime : mime d'utilisation des objets,
 - postures : imiter des gestes sans signification,
 - dissociation automatico volontaire : le geste est fait dans l'action mais est impossible sans action précise,
 - troubles mélo-kinétiques : apraxies motrices.
- Les gnosies correspondent aux perceptions volontaires. Dans les troubles perceptifs, le traitement de l'information est perturbé :
 - cécité occipitale
 - agnosie de la forme

La mémoire :

- La mémoire à court terme (inférieure à trente secondes),
- La mémoire de travail (discussions à plusieurs, celle qui permet de prendre des notes ou à un serveur de retenir les commandes),
- La mémoire à long terme :
 - épisode, correspond au souvenir récent, personnellement vécu,
 - sémantique, correspond aux concepts aux notions et aux mots,
 - implicite et procédurale, elle permet de faire des choses de manière routinière

« Application en milieu professionnel : chez un patient dont la mémoire procédurale est peu touchée, celle-ci permet de lui faire regagner beaucoup d'autonomie. Il peut réapprendre à aller à la boulangerie de manière routinière même s'il est incapable d'expliquer le chemin à emprunter pour y aller. De même, dans le milieu professionnel elle peut être utilisée, notamment en Etablissement et Service d'Aide par le Travail (ESAT) ».

Les capacités exécutives :

- La planification,
- La flexibilité mentale,
- L'inhibition correspond à la capacité de modifier une habitude routinière,
- La catégorisation.

« Au niveau professionnel, les capacités exécutives permettent d'adapter des stratégies. Si les capacités exécutives sont touchées, les problèmes au poste peuvent se rencontrer au moment du changement d'employeur, de logiciel ou de binôme. Il faut faire une analyse précise de l'environnement de travail.

Dans certaines situations, un temps partiel thérapeutique peut laisser au salarié le temps de remettre en place des mécanismes de compensation des capacités exécutives ».

Les capacités attentionnelles :

- L'attention sélective permet de faire abstraction des autres stimuli,
- L'attention soutenue permet de maintenir l'attention sur quelque chose de monotone (c'est le cas des veilleurs de nuit et des gardiens de musée),
- L'attention divisée permet de mobiliser son attention sur deux choses différentes (c'est le cas des secrétaires),
- La flexibilité attentionnelle permet d'alterner des choses au niveau attentionnel.

« Application en milieu professionnel : certaines personnes ont besoin d'alterner les tâches pour recouvrer des capacités d'attention. Si c'est trop compliqué d'organiser des pauses régulières dans le travail, on peut par exemple insérer des tâches de type photocopie qui demandent moins d'attention et permettent de reposer un peu le salarié ».

- La chronobiologie, selon laquelle on observe des variations des capacités attentionnelles en fonction du moment de la journée.

« Le travail peut être réorganisé : les tâches les plus coûteuses en attention seront organisées plutôt le matin ou le soir. De même l'organisation du temps partiel thérapeutique peut dépendre de la chronobiologie » ».

La fatigabilité, la lenteur, l'efficiencia

Le comportement :

- Le manque d'initiatives,
- Le manque d'intérêt, de motivation,
- La désinhibition, l'impulsivité, l'irritabilité.

« Application en milieu professionnel : le « stop and go » consiste à se répéter ce qu'on doit faire avant de le faire. Cela évite de passer plusieurs heures à faire quelque chose dont le but était incompris et de devoir tout recommencer »

- Les troubles de la cognition sociale correspondent aux difficultés à s'adapter aux autres, à identifier l'intention de l'autre, à percevoir l'humour et les sous-entendus et sont à l'origine d'un décalage social.

Le psychologique et l'émotionnel :

- La dépression,
- L'anxiété.

Annexe 2 : Rencontre d'un neuropsychologue et d'un ergonome de l'Unité de Conseil, d'Évaluation et d'Orientation d'Angers

Comment accompagnez-vous les personnes cérébrolésées vers la reprise du travail ?

« L'Unité de Conseil, d'Evaluation et d'Orientation Socioprofessionnelle (UCEO) est une unité dédiée au maintien en emploi en milieu ordinaire. Ce dispositif du Maine et Loire répond à des appels d'offre de l'AGEFIPH pour des prestations ponctuelles spécifiques. Le public accompagné est un public cérébrolésé (TC, AVC, tumeurs cérébrales, épilepsie, pathologies du système nerveux central) avec des handicaps complexes : difficultés motrices, cognitives, comportementales, sociales et professionnelles ».

Quel est le rôle du neuropsychologue au sein de l'UCEO ?

« Le neuropsychologue accompagne soit des demandeurs d'emploi, soit des salariés en poste pour lesquels il existe une problématique de maintien au poste de travail ou encore des salariés en arrêt maladie de longue durée. Les rencontres ont lieu sur le lieu du travail ou à domicile. En moyenne, les patients sont vus deux à trois fois. Le bilan neuropsychologique pour les demandeurs d'emploi est transmis à la Maison Départementale de l'Autonomie (MDA) ».

Quel est le rôle de l'ergonome ?

« L'ergonome accompagne des personnes en activité ou en arrêt maladie. Il recherche les difficultés exprimées par le salarié, les problèmes de compréhension orale ou écrite. Il se déplace quatre à cinq fois dans l'entreprise afin d'aménager un poste de travail ou d'envisager un reclassement interne. Il peut également organiser des essais encadrés sur d'autres postes. La restitution finale est organisée conjointement avec le médecin du travail ».

Annexe 3 : Rendez-vous téléphonique avec un psychologue-ergonome-chargé d'insertion de l'UCEO

Comment procédez-vous pour accompagner les travailleurs cérébrolésés vers la reprise du travail ?

« Le premier temps de l'accompagnement est un temps de rencontre : le but initial est de faire un état des lieux complet de la situation du salarié. Le bénéficiaire est d'abord rencontré afin d'identifier ses souhaits. Ensuite, un entretien avec l'employeur permet de décoder ses souhaits réels et ses possibilités. Une rencontre entre le SAMETH, le salarié, l'employeur et le médecin du travail permet d'identifier les fausses croyances et les freins de chacun. D'autre part, cette rencontre permet à chacun d'identifier sa mission et de comprendre dans quel sens il doit travailler. S'il n'y a pas eu de bilan neuropsychologique, il est réalisé. S'il existe une fragilité du côté de l'entreprise, un essai encadré est organisé sur le poste antérieur. Cette étape fait appel à la mémoire de travail et la mémoire antérieure du salarié qui sont souvent bien préservées. L'essai encadré permet au salarié d'identifier ses difficultés, ou de prendre conscience de son impossibilité de poursuivre sur ce poste. Cette étape peut également permettre de rassurer l'employeur. Un essai encadré sur un nouveau poste de travail permet, le cas-échéant, de valider un nouveau projet professionnel. Des rencontres sont organisées régulièrement pour s'assurer que chacun des acteurs travaille dans la même direction ».

Annexe 4 : Rencontre avec un médecin d'Arceau Anjou

Comment accompagnez-vous les patients cérébrolésés vers la reprise du travail ?

« Il existe deux services dédiés à l'accompagnement de ces patients vers l'autonomie et la vie sociale.

Le Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés (SAMSAH) est financé par l'assurance maladie et le conseil général. L'équipe pluridisciplinaire regroupe des éducateurs spécialisés, des assistantes sociales, des psychologues, des médecins, des infirmiers et des ergothérapeutes. Le suivi s'effectue à domicile durant plusieurs mois. L'accompagnement s'inscrit dans une dynamique d'insertion sociale à travers les liens familiaux, sociaux, scolaires, universitaires et professionnels.

L'Unité d'Evaluation de Réentraînement et d'Orientation Socioprofessionnelle (UEROS) est financée par le conseil général. Elle s'adresse aux cérébrolésés. Pour les sujets jeunes, le stage est centré par le projet scolaire et l'insertion professionnelle. Le jeune est accompagné dans le retour à la scolarité et la sensibilisation à l'environnement professionnel.

Pour les adultes il existe deux stages : un stage court et un stage long.

Pour le stage court, les patients peuvent être orientés par la structure basse vision, Cap emploi, la MDA, les structures SESSAD PRO ou IMPRO, des médecins, des paramédicaux, la maison des solidarités ou une assistante sociale. Chaque patient rencontre l'assistante sociale, le médecin rééducateur ou le neurologue, l'ergothérapeute et le neuropsychologue. Les quatre professionnels se concertent et donnent une orientation : SAMSAH, CAP EMPLOI, milieu ordinaire de travail, entreprise adaptée ou établissement et service d'aide par le travail.

Le stage long dure six mois. Les patients sont orientés par la MDA. Le stage débute par une évaluation pendant huit semaines dans les dimensions sociale, administrative, scolaire et professionnelle par une équipe pluridisciplinaire : neuropsychologue, psychologue clinicienne, ergothérapeute, psychomotricien, médecin de médecine physique et réadaptation. Pendant les quatre mois suivants, un projet de formation et de réentraînement personnalisé est proposé à chaque participant. À la fin du stage, les professionnels communiquent avec la MDA ».

Annexe 5 : Rencontre avec un conseiller en emploi accompagné de l'Association Ligérienne Personnes Handicapées Adultes (ALPHA)

Quelle structure supporte cette fonction d'emploi accompagné ?

« L'association ALPHA, association de loi 1901, comprend notamment un service d'accompagnement médico-social pour adulte handicapé, des établissements et services d'aide par le travail, des foyers d'accueil médicalisé et des maisons d'accueil spécialisé. Il comprend également l'Action pour l'Insertion (API) destinée aux personnes en souffrance psychique en situation de formation, de travail ou de recherche d'emploi, reconnue ou non reconnue. Le conseiller en emploi accompagné, aussi appelé *job coach*, exerce ses fonctions au sein de l'API ».

En quoi consiste l'emploi accompagné ?

« Historiquement, la notion d'emploi accompagné provient d'une méthode anglo-saxonne développée par les québécois. En Amérique du Nord, l'inclusion a débuté dans les années 1970 avec les nombreux handicaps générés par la guerre du Vietnam. La méthode d'accompagnement est basée sur la méthode *individual placement and support* (IPS). A l'inverse de la méthode traditionnelle qui consiste à rééduquer avant de réinsérer, appelée « *train and place* », cette méthode propose de réinsérer avant de réentraîner, c'est le « *place and train* ».

Le conseiller en emploi accompagné est un métier en cours d'émergence comme au Québec en Suisse et en Belgique. C'est un métier qui existe depuis moins de dix ans en France. Il n'existe actuellement pas de diplôme ni de formation officielle et les places sont occupées par des ergothérapeutes ou des anciens conseillers Pôle ou Cap EMPLOI. Exercer ce métier nécessite d'avoir une bonne connaissance du handicap psychique et physique et des entreprises ».

Quel est votre rôle ?

« Le *job coach* accompagne des personnes présentant des maladies psychiques. Quelques demandes ont concerné des personnes cérébrolésées. Les salariés sont orientés par la MDA après demande de Cap-EMPLOI, de l'hôpital psychiatrique, de l'API ou de l'UÉROS d'Angers. Le principe de base est d'accompagner l'envie de la personne, sans réaliser de bilan de compétences. Le conseiller en emploi accompagné est un référent de parcours qui délivre un accompagnement sur mesure. Il accompagne le sujet soit dans la recherche d'emploi soit sur une problématique de maintien au poste de travail. Rarement, il accompagne des personnes en arrêt de travail. L'accompagnement de personnes en recherche d'emploi peut prendre diverses formes : entretiens, démarchage

d'entreprises, rédaction de réponse à des annonces d'offres d'emploi, présence lors des entretiens d'embauche avec ou sans intervention, préparation des entretiens en amont et simulations, présence le jour de la prise de poste, suivi au long cours. L'accompagnement d'une personne sur un poste existant correspond à une aide organisationnelle (organisation du bureau, mise en place de codes couleurs, organisation des tâches au cours de la journée), un aménagement en termes d'habiletés sociales et parfois même une aide humaine ».

Combien de personnes accompagnez-vous ?

« Pour un conseiller en emploi accompagné, la file active est d'environ vingt personnes. Le suivi n'est pas limité dans le temps. La fréquence de suivi est adaptée aux besoins du salarié : elle peut être hebdomadaire. Le *job coach* est très disponible et peut se déplacer quasi immédiatement lorsqu'il est contacté par un salarié. Le suivi est un élément primordial, par le biais de rencontres physiques ou téléphoniques, ce qui alimente la relation de confiance entre les deux. Le *job coach* a un rôle de médiateur auprès de l'entreprise, de l'employeur et des collègues. Il prépare l'équipe et les responsables ».

Comment respectez-vous le secret professionnel et médical ?

« On ne parle pas de la pathologie mais des freins ou des difficultés et de ce qu'il faut mettre en place pour que cela se passe bien. On propose systématiquement au salarié de faire une information aux collègues avec son accord ».

FACTEURS PRONOSTIQUES, OUTILS ET RÔLE DU MÉDECIN DU TRAVAIL POUR LE MAINTIEN EN EMPLOI DES TRAVAILLEURS APRÈS LÉSIONS CÉRÉBRALES ACQUISES

RÉSUMÉ

Introduction : Les lésions cérébrales acquises (LCA) touchent 300 000 français chaque année. La reprise du travail dans ces situations est un enjeu : d'une part parce que l'on connaît l'importance de la reprise du travail dans le processus de guérison, d'autre part parce que le maintien en emploi (MEE) est désormais une des missions du médecin du travail. Les outils et recommandations dont nous disposons sont nombreux mais leur utilisation n'est pas ordonnée et aucun protocole d'aide à la décision n'existe actuellement. Notre objectif était de regrouper les connaissances indispensables et d'élaborer une conduite à tenir pour les médecins du travail accompagnant un travailleur vers la reprise du travail après une LCA.

Matériels et Méthodes : Nous avons abordé cette question à travers trois axes complémentaires. Un travail de recherches bibliographiques a été mené à partir de sept bases de données et au sein de la bibliothèque universitaire d'Angers. Les études ont été classées en trois thèmes : les séquelles des LCA, les déterminants du retour au travail et les méthodes d'accompagnement des travailleurs cérébrolésés vers l'emploi. À partir de ces recherches bibliographiques et de données issues d'entretiens auprès des professionnels de terrain, nous avons élaboré des documents synthétiques et pratiques destinés au médecin du travail. Enfin, afin d'illustrer ces documents théoriques, un cas clinique a été recueilli, à partir du dossier en santé au travail et d'une étude de poste et des conditions de travail.

Résultats : Quarante-huit études ont été incluses dans la synthèse de la littérature. Les documents de synthèse destinés au médecin du travail ont pris la forme d'une fiche d'évaluation du sujet cérébrolésé, d'une fiche pour l'étude du poste de travail, ainsi que d'un arbre décisionnel pour le médecin du travail. La présentation du cas d'un cuisinier en collectivité de 51 ans, victime d'un accident vasculaire cérébral, présentant une fatigabilité à l'effort du membre supérieur droit, des troubles de l'attention et des troubles des fonctions exécutives, a permis d'illustrer ces éléments théoriques.

Conclusion : À partir d'une synthèse de la littérature, nous avons élaboré des documents pratiques destinés à faciliter l'évaluation clinique, l'étude du poste de travail et la stratégie d'accompagnement des salariés par le médecin du travail.

Mots-clés : Lésion cérébrale acquise, retour au travail, facteurs prédictifs, médecin du travail, maintien en emploi

PROGNOSTICS FACTORS, TOOLS AND ROLE OF OCCUPATIONAL PHYSICIANS IN FAVOUR OF MAINTAINING EMPLOYEES AT WORK AFTER ACQUIRED BRAIN INJURIES

ABSTRACT

Introduction : Acquired brain injury (ABI) hit 300,000 French people every year. Returning to work in these situations remains a challenge, as on the one hand, return to work is known to play an important role in the recovery process and on the other hand, because retention job of workers is from now on one of the missions assigned to occupational physicians. Available tools and recommendations are numerous yet their use is not organized and no decision support protocol exists to date. Our objective was therefore to gather the state-of-the-art knowledge to develop a course of action for occupational physicians assisting employees who are about to return to work after an ABI.

Materials and Methods : Bibliographical research was carried out using seven databases within the Angers' university library. The studies have been classified into three themes : after-effects of ABIs, determining factors allowing return to work and methods for accompanying brain injured subjects back to work. On the basis of this bibliographical research and data from semi-conducted interviews with field professionals, synthetic and practical documents have been developed for helping occupational physicians. Finally, in order to illustrate those theoretical documents, a clinical case has been collected from the occupational health file and a workplace analysis.

Results : Forty-eight studies have been included in the literature review. The summary documents destined to occupational physicians took the shape of an assessment form on the brain injured subject, a sheet of his workplace, as well as a decisional tree for the occupational physician. The case study of a 51-year-old man, catering cook, suffered from fatigability in the right upper limb following efforts, attention disorders together with function deficiencies because of a stroke enabled the illustration these theoretical elements.

Conclusion : From a synthesis of the scientific literature, practical documents destined to occupational physicians have been designed in order to facilitate clinical assessment, workplace study and employees support.

Keywords : Acquired brain injury, return to work, prognostics factors, occupational physician, retention job