

# Reprise du travail après un accident vasculaire cérébral

## Return to work after stroke

● A. Schnitzler\*, P. Pradat-Diehl\*\*

### P O I N T S F O R T S

- Le taux de reprise du travail varie en fonction des études de 11 à 85 %. Il est dépendant de la gravité initiale de l'AVC et de l'importance des séquelles.
- Avant la nouvelle loi de février 2005, il n'y avait souvent pas d'intérêt financier à reprendre un emploi.
- Une collaboration est indispensable entre neurologues, médecins de médecine physique et de réadaptation, médecins du travail et médecins de la Sécurité sociale.
- Le temps partiel thérapeutique est une aide transitoire mais importante.
- Les aides financières de l'AGEFIPH sont rarement utilisées.

## RÉSUMÉ

### RÉSUMÉ

La reprise du travail après un accident vasculaire cérébral (AVC) est complexe. Le pourcentage de patients travaillant après un AVC varie de 11 à 85 %. La comparaison des études est difficile car les populations étudiées, la durée de suivi et la définition de l'AVC varient d'une étude à l'autre. La symptomatologie clinique de ces patients étant variée, une collaboration entre neurologues, médecins du travail, médecins de la Sécurité sociale et médecins de médecine physique et de réadaptation est importante. Un bilan social doit être fait car de nombreuses aides financières et matérielles sont méconnues. En pratique, nous sommes souvent amenés à collaborer avec les UEROS, dont les bilans neuropsychologiques, sociaux et professionnels facilitent la recherche d'une formation ou d'un emploi. Malgré tout, dans notre population lourdement handicapée, la reprise du travail après un AVC est souvent rare et tardive.

\* Service de médecine physique et de réadaptation, hôpital Raymond-Poincaré, Garches.

\*\* Service de médecine physique et de réadaptation, hôpital de la Pitié-Salpêtrière, Paris.

### SUMMARY

#### SUMMARY

*Return to work after stroke is complex. The percentages of patients working after stroke vary widely from 11 to 85%. Comparisons of the studies are difficult because they report return to work in different populations after diverse follow-up periods using variable definitions of stroke. The clinical symptomatology of these patients is varied, thus collaboration between the neurologists, the occupational doctor, the administrative doctor and the doctors of physical medicine and rehabilitation is important. A social worker is helpful to find financial assistance. In practice we collaborate with the UEROS association whose neuropsychological, social and professional assessments facilitate to find a formation or an employment. Despite everything, in our handicapped population, return to work after a stroke is often sparse and late.*

**L** accident vasculaire cérébral (AVC) est une maladie fréquente qui n'épargne pas les patients jeunes en âge de travailler. En effet, sur les 120 000 AVC recensés annuellement en France, un quart des patients ont moins de 60 ans, et 5 % moins de 45 ans. Dans les services de médecine physique et de réadaptation (MPR) en charge de patients cérébro-lésés, le travail insiste sur l'acquisition d'une autonomie dans la vie quotidienne. La question du devenir professionnel peut être posée précocement par le patient lui-même ou par son entourage et renvoie alors au pronostic de l'AVC. Cette question revient aux différentes étapes de la rééducation et de la réadaptation. Il nous faut alors évaluer la problématique des déficiences neurologiques (les séquelles, les capacités préservées) et la problématique sociale (l'environnement socioprofessionnel du patient, les aides financières ou en nature dont il peut bénéficier). Cette question est le plus souvent abordée une fois le patient rentré au domicile.

### DONNÉES DE LA LITTÉRATURE

Peu d'études ont abordé spécifiquement la reprise du travail après un AVC, et des pourcentages très variables de reprise sont avancés. La gravité initiale de l'AVC ainsi que les séquelles cognitives semblent être des éléments déterminants (1). .../...

.../...

La comparaison des études, de même que leur application à la population française, est difficile. En effet, les populations sont peu homogènes, les durées de suivi variables, les mesures d'aides sociales sont disparates et souvent mal expliquées.

### Littérature française

La réinsertion professionnelle d'une personne handicapée est dépendante des particularités sociales, politiques et culturelles de chaque pays. C'est pourquoi nous avons isolé et détaillé les quelques études écrites par des équipes françaises. Les deux principales ont retrouvé des taux de réinsertion relativement élevés (respectivement 65 % et 73 %). En analyse multivariée, un score bas à la *National Institutes of Health Stroke Scale* (NIHSS) à l'entrée dans le service ainsi que le score à la *Glasgow Outcome Scale* (GOS) étaient significativement associés à la reprise du travail ( $p < 0,001$ ). Neau et al. concluaient à une relativement bonne réinsertion professionnelle mais s'étonnaient que les aménagements de poste soient fréquents et que, dans un cas sur deux, ce ne soit pas l'ancien travail qui soit repris (2). Leys et al. (3) soulignaient que 12 patients avaient perdu leur emploi dans la période suivant l'AVC, malgré une apparente bonne récupération. Ces deux études ont été menées en service de neurologie et les séquelles de l'AVC des différents sujets étaient hétérogènes. En 1992, Pradat-Diehl et al. (4) ont étudié rétrospectivement le parcours de 22 patients ayant été hospitalisés en MPR après un AVC. Trois ans après, 13 patients avaient repris une activité professionnelle ou leurs études. Ils avaient des séquelles motrices peu importantes, et aucun n'avait d'aphasie invalidante ou de troubles de la compréhension. Six patients présentant une lésion hémisphérique droite avaient repris le travail. Deux des quatre patients indemnes de trouble neuropsychologique avaient repris une activité professionnelle. Par ailleurs, la plupart des patients avaient repris leur emploi à temps partiel. Les auteurs concluaient que le nombre de patients réinsérés était plutôt bon au vu de leurs séquelles.

### Littérature internationale

Le pourcentage de reprise d'une activité professionnelle après un AVC varie de 11 % à 85 %. La comparaison de ces études est difficile car les populations étudiées, la définition de l'AVC, la définition du travail ainsi que le temps de suivi sont très différents d'une étude à l'autre.

Cela étant, quelques facteurs pronostiques semblent pouvoir être adaptés à la population française.

Sur le plan démographique, la reprise du travail était négativement associée à l'augmentation de l'âge. Par ailleurs, beaucoup d'études ont montré qu'il n'y avait pas de corrélation entre l'âge et la reprise du travail si l'âge était supérieur à 65 ans. Deux récents travaux menés en centres de rééducation américains ont montré une liaison statistiquement significative entre le sexe masculin et la reprise du travail. Certaines études ont montré qu'un "haut statut socio-économique" était positivement lié à une réinsertion professionnelle (1, 5-7). D'autres ont montré une liaison positive entre le niveau d'éducation et la reprise du travail (1).

L'importance des séquelles est un facteur déterminant. La présence d'une atteinte motrice importante était négativement associée à la reprise du travail (1, 5, 6). La marche indépendante (8), la dextérité manuelle (6) et l'absence de trouble sensitif (5) étaient positivement associées à la reprise du travail. Les difficultés de communication, l'aphasie, une association apraxie-agnosie et les troubles mnésiques étaient négativement associés à une réinsertion professionnelle. De même que pour la reprise des activités de la vie quotidienne, les mesures d'indépendance fonctionnelle sont des facteurs prédictifs souvent robustes de reprise du travail (1). Concernant le poste de travail, il a été montré au Japon que les "cols blancs" (l'équivalent du secteur tertiaire) reprenaient plus facilement le travail que les "cols bleus" (secteurs secondaire et primaire) (6).

Enfin, aucune association n'a été mise en évidence entre le type d'AVC, l'hémisphère atteint, la localisation antérieure ou postérieure, le territoire carotidien ou vertébral, et la reprise du travail (1, 5, 6).

### REPRISE DU TRAVAIL APRÈS UN AVC : LA PROBLÉMATIQUE NEUROLOGIQUE

Peut-on, dès la phase initiale de l'AVC, envisager la reprise initiale d'une activité professionnelle ? La sévérité initiale de l'AVC, évidemment déterminante (1), est liée au pronostic fonctionnel.

### Séquelles motrices

L'existence d'une hémiplégie intervient bien sûr dans les possibilités de reprise de travail.

C'est évident lorsqu'il s'agit d'une profession impliquant des sollicitations physiques (travail manuel, travail en hauteur, port de charges). Pour les personnes ayant un travail plus sédentaire, ce sont les difficultés de déplacement dues aux séquelles motrices qui sont souvent gênantes. La montée ou la descente des escaliers peuvent être difficiles, voire impossibles. À l'extrême, il faut parfois que le lieu de travail soit accessible en fauteuil roulant ce qui, bien qu'un tel accès soit obligatoire depuis plusieurs dizaines d'années, est rarement le cas. De même, la reprise du travail peut aussi dépendre de la possibilité de déplacement à l'extérieur, par les transports en commun ou en voiture. Malgré des aides aux trajets parfois possibles grâce à l'AGEFIPH (Association de gestion de fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées) ou à des associations locales, la perte d'emploi est souvent liée aux difficultés rencontrées par le patient pour se rendre sur son lieu de travail.

### Séquelles cognitives

Leur évaluation nous semble essentielle pour la reprise de l'activité professionnelle, en particulier pour les patients ayant des activités sédentaires dans le secteur tertiaire. En cas d'aphasie, un quart environ des patients récupèrent un niveau de langage comparable au niveau antérieur, la moitié garde des séquelles invalidantes, et

un dernier quart des difficultés sévères de communication (9). Cependant, même en cas de bonne récupération, des difficultés peuvent persister lors de la conversation à plusieurs, dans les atmosphères bruyantes. Les troubles cognitifs peuvent être isolés, ou associés à une hémiplegie ou à des troubles du langage. Il peut s'agir particulièrement de troubles dysexécutifs frontaux, de troubles de l'attention ou de la mémoire de travail. Ils sont particulièrement gênants en situation professionnelle, alors qu'ils ont pu être jusqu'alors peu invalidants dans des situations moins contraignantes de la vie quotidienne.

## Fatigue

Les patients gardant des séquelles invalidantes d'un AVC se plaignent dans 30 à 68 % des cas d'une fatigabilité plus importante (10). C'est une donnée qui peut rendre difficile et pénible une réinsertion professionnelle, en particulier dans le cadre d'un travail à plein temps ou d'une activité soutenue.

## Autres séquelles

Par exemple, une hémianopsie latérale homonyme ou une épilepsie mal contrôlée peuvent être des obstacles majeurs à la réinsertion si elles impliquent des déplacements en automobile. En effet, la conduite d'un véhicule suppose que "le conducteur soit juridiquement et physiquement apte" (1). Il faut donc conseiller aux patients de se signaler auprès de la commission médicale primaire de son département qui siège en général à la préfecture. La décision est laissée à l'appréciation de cette commission, après avis d'un spécialiste si nécessaire.

## REPRISE DU TRAVAIL APRÈS UN AVC : LA PROBLÉMATIQUE SOCIALE

### Rôle de la COTOREP

Le statut du travailleur handicapé est défini par la loi n° 75-534 du 30 juin 1975, correspondant à la création de la Commission technique d'orientation et de reclassement professionnel (COTOREP). Elle a introduit la notion de reconnaissance de la qualité de travailleurs handicapés (RQTH). Elle a défini un taux d'incapacité permettant de classer les personnes handicapées en trois catégories : catégorie A (handicap faible), catégorie B (handicap modéré) et catégorie C (handicap sévère). En fonction de ce taux d'incapacité et de la catégorie, les bénéficiaires peuvent prétendre à des avantages financiers et en nature.

C'est au médecin spécialiste ou généraliste du patient d'établir le certificat médical permettant cette reconnaissance. Le formulaire administratif est rempli par le prétendant, aidé le plus souvent par une assistante sociale.

En pratique, pour les personnes en activité faiblement ou moyennement handicapées (dont le taux COTOREP est inférieur à 80 %), la RQTH n'apporte aucun avantage financier ou en nature. Elle n'ouvre des droits qu'aux employeurs (diminution de la cotisation AGEFIPH, abattements fiscaux, etc.) et permet de financer

des aménagements de postes de travail par l'AGEFIPH. Pour les personnes en recherche d'emploi, la RQTH permet d'avoir accès aux bilans de compétences et à une formation plus ou moins spécifique.

Pour les personnes lourdement handicapées (taux COTOREP supérieur à 80 %), elle ouvre droit aux allocations et aux aides d'une tierce personne.

La déclaration COTOREP est donc surtout intéressante pour les personnes en recherche d'emploi ou lourdement handicapées. Malgré tout, cette déclaration est faite à titre assez systématique en MPR car, étant protégée par le secret médical, la réponse appartient au patient. Ce dernier peut, s'il le souhaite, ne pas se déclarer auprès de son employeur ou de son médecin du travail. En revanche, en cas de licenciement, la RQTH étant obtenue, il pourra bénéficier sans délai des aides pour la recherche d'emploi (la gestion des dossiers COTOREP en région parisienne durant en moyenne 8 mois).

### Rôle de l'Assurance maladie

✓ Elle assure un revenu aux patients en arrêt de travail. Les indemnités journalières correspondent environ à 50 % du salaire moyen. La durée maximale de versement des indemnités journalières est de 3 ans.

✓ Pendant cette période, il est possible de demander l'accord du médecin-conseil pour un temps partiel thérapeutique dont la durée est généralement de 3 à 6 mois renouvelables une fois, soit un an au maximum. Cette formule est appelée "mi-temps thérapeutique", à tort, car il ne s'agit pas forcément d'un travail à mi-temps. En effet, l'organisation de cette période de réinsertion est laissée à l'appréciation du médecin-conseil de la Sécurité sociale, aidé par les médecins de soins (MPR, neurologues, généralistes, etc.). Il est donc fondamental que les différents acteurs (patients, médecins de soins, médecins du travail, employeurs) soient sensibilisés pour aider le médecin-conseil à statuer. Par exemple, il est parfois préférable que les patients ne travaillent que deux jours et demi par semaine ou une semaine sur deux (ce qui réduit les difficultés relatives aux transports), ou qu'ils ne travaillent qu'un tiers du temps, etc. Cette formule permet de poursuivre des soins de rééducation et de limiter la fatigue.

✓ Enfin, l'Assurance maladie prend souvent l'initiative de la mise en invalidité des personnes dont les arrêts de travail sont prolongés plus de 3 ans. Cette mise en invalidité correspond à la fin du versement des indemnités journalières. Il y a trois catégories d'invalidité : la première catégorie est la plus faible, la troisième la plus importante. Plus la catégorie est élevée, plus la rente versée à ce titre est importante. Elle peut être révisée à tout moment à la demande du patient ou de la Sécurité sociale.

### Rôle de l'ANPE (Agence nationale pour l'emploi)

L'ANPE assure "le service public du placement" en application de l'article L. 311-1 du Code du travail. Ainsi, "tout travailleur recherchant un emploi doit requérir son inscription auprès de l'ANPE". L'ANPE assiste les personnes à la recherche d'un

emploi, d'une formation ou d'un conseil professionnel pour favoriser notamment leur reclassement ou leur promotion professionnelle. Elle aide les employeurs pour l'embauche et le reclassement de leurs salariés et participe à la mise en œuvre des aides publiques destinées à faciliter ces opérations (article L. 311-7 du Code du travail).

La personne handicapée à la recherche d'un emploi en milieu ordinaire de travail doit s'adresser à son agence locale. L'accueil, l'information, l'orientation et l'aide au placement des travailleurs handicapés font en effet partie intégrante de ses missions. D'ailleurs, pour y faire face, dans chaque département, un conseiller à l'emploi est plus particulièrement spécialisé dans l'insertion professionnelle des travailleurs handicapés. Les personnes handicapées, en tant que public prioritaire de la politique de l'emploi, ont un accès privilégié aux contrats aidés par l'État : contrat initiative-emploi, contrat emploi-solidarité, contrat emploi consolidé.

L'ANPE travaille souvent de concert avec les réseaux Cap emploi. Ceux-ci regroupent les équipes de préparation et de suite de reclassement (EPSR) et les organismes d'insertion et de placement (OIP). Les EPSR et les OIP, présents dans chaque département, sont des organismes financés majoritairement par l'AGEFIPH. Ils ont pour mission d'accompagner et de placer des travailleurs handicapés orientés en milieu ordinaire par la COTOREP, avec un contrat de travail durable, ainsi que de favoriser leur maintien dans l'emploi. En relation avec les entreprises, ces équipes reçoivent, informent et conseillent les travailleurs handicapés, et s'assurent après l'embauche de leurs conditions d'insertion.

### Rôle de l'AGEFIPH

La loi n° 87-157, complémentaire de celle de 1975, a été votée le 10 juillet 1987 : elle marque la création de l'AGEFIPH. Elle a introduit la notion d'obligation d'emploi, pour les entreprises privées de plus de 20 salariés, de personnes ayant la RQTH, sous peine de sanctions financières. Elle permet d'obtenir des aides plus spécifiquement destinées à la reprise du travail ou au maintien dans l'emploi des personnes en situation de handicap. Ces différentes aides, si elles sont habituellement utilisées dans le cadre de l'aide au retour au domicile (allocation tierce personne, allocation adulte handicapé), sont souvent méconnues dans l'aide à la reprise du travail.

L'AGEFIPH encourage l'entreprise à embaucher des personnes handicapées. Par exemple, elle attribue une prime d'insertion à l'entreprise et une autre à la personne handicapée pour tout contrat à durée indéterminée ou pour tout contrat à durée déterminée d'au moins un an (hors quelques cas très particuliers, dont l'intérim). Elle analyse les emplois possibles et évalue les aménagements nécessaires. L'AGEFIPH agit en expert auprès de l'entreprise et préconise des solutions ou des études menées par des intervenants externes ou internes, financées par l'AGEFIPH. Elle prend en charge tout ou partie des dépenses permettant à l'employeur d'aménager un poste et d'équiper les lieux de travail. L'AGEFIPH peut financer les accompagnements nécessaires

pour permettre au travailleur handicapé d'exercer, de façon optimale, son activité professionnelle dans l'entreprise (contrat de suivi, frais de transport, aménagement d'un véhicule).

Pour obtenir ces différentes aides, il suffit de rentrer en contact avec l'AGEFIPH, qui fournit des dossiers types en fonction des demandes. Pour les patients ayant un emploi, l'avis du médecin du travail est toujours nécessaire. En pratique, ces aides sont de véritables atouts peu utilisés, leur déblocage est pourtant rapide et il n'y a que peu de lourdeurs administratives. En revanche, devant la multiplicité des séquelles possibles d'un AVC, il est important que le médecin du travail, l'employeur, le salarié et le médecin en charge du patient travaillent de concert.

### Intérêts de la nouvelle loi de février 2005

La loi du 11 février 2005 (dont certains décrets d'application sont encore en attente) a créé les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), lieux uniques d'accès à l'information, aux droits et aux prestations pour les personnes handicapées. Ces MDPH comprennent une équipe pluridisciplinaire dont la composition peut varier en fonction de la nature du ou des handicaps de la personne. Elles évaluent le projet de compensation personnalisé de la personne handicapée. C'est ensuite à la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) de décider des prestations de compensation accordées. Ces CDAPH se substituent aux anciennes COTOREP et aux CDES (commissions départementales de l'éducation spéciale), l'objectif étant de réunir en un même lieu l'évaluation et la validation du projet de vie de la personne handicapée et des prestations de compensation qui lui sont nécessaires. Cela devrait permettre d'améliorer l'efficacité de la prise en charge de la personne handicapée en diminuant le nombre d'intervenants. La loi impose une réponse dans les 4 mois suivant la demande, une absence de réponse étant considérée comme un refus.

### Rôle du médecin du travail

Tous les salariés ont un suivi obligatoire en médecine du travail. Ils peuvent aussi y avoir accès librement en visite de préreprise pour améliorer les adaptations de poste ou organiser un temps partiel thérapeutique, par exemple. L'article L.241-10-1 du Code du travail précise que *"le médecin du travail est habilité à proposer des mesures individuelles telles que mutations ou transformations de postes, justifiées par des considérations relatives notamment à l'âge, à la résistance physique ou à l'état de santé physique et mental des travailleurs. Le chef d'entreprise est tenu de prendre en considération ces propositions et, en cas de refus, de faire connaître les motifs qui s'opposent à ce qu'il y soit donné suite."* Pour les patients ayant un emploi, le rôle du médecin du travail est central, car c'est sa connaissance de l'entreprise qui permettra, au besoin, de reclasser un salarié handicapé. Par ailleurs, c'est le médecin du travail qui gère les dossiers AGEFIPH et son étude du poste de travail est indispensable avant tout aménagement.

Exposer les difficultés séquentielles ainsi que les capacités préservées ou récupérées au médecin du travail peut permettre une adaptation du poste de travail et un maintien dans l'emploi. L'expérience montre qu'il est souhaitable que les patients reprennent leur emploi dans l'équipe où ils étaient précédemment intégrés. Cependant, les médecins de soins étant tenus au secret professionnel vis-à-vis du médecin du travail, le patient doit être informé de notre communication avec ce dernier. Pour faciliter le rapport entre médecins de soins et médecins du travail, nous adressons les courriers aux patients, qui les transmettent, après lecture, à leur médecin du travail.

### Quelle motivation pour le patient ?

Nous sommes souvent confrontés à cette question. Sur le plan financier, les patients lourdement handicapés peuvent bénéficier de différentes aides d'État (allocation adulte handicapé, allocation tierce personne, etc.), de prévoyances souscrites par eux ou leur employeur et d'une suspension de remboursement d'emprunt. Les patients ne peuvent bénéficier de la plupart de ces aides que pendant des arrêts maladie. Ils n'ont donc pas d'intérêt financier à une mise en invalidité ou à la reprise d'un travail à bas salaire. La loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées (dont les décrets d'application sont en attente) doit permettre d'éviter une perte de revenus en cas de reprise professionnelle, même déqualifiée ou à temps partiel. Enfin, au-delà de cet aspect matériel, un patient arrivant difficilement à une autonomie dans sa vie quotidienne verra la reprise du travail comme une nouvelle difficulté et donc une majoration de son handicap.

### Problématique des patients ayant peu de séquelles de l'AVC

Il est fréquent que des patients ayant une apparente bonne récupération soient difficilement ou tardivement réinsérés (3). Les causes en sont nombreuses : manque de motivation, décompensation d'un syndrome anxio-dépressif, sous-estimation des séquelles neuropsychologiques ou des difficultés motrices... Il est alors important de faire un bilan objectif des séquelles, en particulier neuropsychologiques. Un bilan complet peut permettre, par exemple, d'évaluer précisément les possibilités du patient en matière de raisonnement, de flexibilité, de mémoire de travail et d'attention divisée. Ces capacités, difficiles à estimer lors de l'examen clinique, sont particulièrement sollicitées lors des emplois dans le secteur tertiaire. Le travail du praticien, aidé par les neuropsychologues, doit alors s'articuler avec celui du médecin du travail. Ce dernier, via sa connaissance du poste de travail, pourra confronter les possibilités du patient et la réalité du poste de travail.

Dans cette population, le délai minimal avant la reprise du travail est difficile à estimer. Il dépend essentiellement des sollicitations du poste de travail occupé par le patient, de sa motivation et de ses impératifs socioprofessionnels. Par ailleurs, il ne faut pas

négliger la fatigabilité de ces patients (4). Si la reprise peut s'effectuer dans de bonnes conditions, un délai de un à deux mois après l'AVC est une période raisonnable pour envisager une réinsertion.

### Prise en charge pratique dans les services de MPR

D'après notre expérience, la reprise professionnelle chez les patients pris en charge en MPR est rare et tardive.

Les séquelles des patients ayant fait un AVC sont lourdes. La rééducation se concentre sur une autonomie dans la vie quotidienne pour permettre aux patients et à leur famille un retour au domicile dans de bonnes conditions. De plus, ces patients sont souvent à un âge où la priorité n'est plus à une réinsertion professionnelle, mais à un confort social. Une rééducation spécifique pour améliorer la réinsertion professionnelle des patients est rarement faite (contrairement à ce qui est mis en œuvre pour les jeunes tétraplégiques, par exemple).

Une prise en charge par l'assistante sociale est organisée systématiquement. Celle-ci fait le point sur les revenus du patient et lui permet de bénéficier des éventuelles assurances contractées en cas d'impossibilité temporaire de travail. Elle l'aide à remplir le volet administratif de la COTOREP, et à calculer les revenus dont il pourrait bénéficier en cas d'invalidité ou de pension vieillesse. Toutes ces informations sont primordiales quand sont évoquées les possibilités de reprise professionnelle.

La question d'une reprise du travail est donc tardive, intervenant généralement au bout de 3 ans (ce qui correspond à la fin des possibilités de versement des indemnités journalières par la Sécurité sociale). Dans ce cas, en fonction du contexte social et professionnel, nous évaluons les possibilités neurologiques des patients et d'éventuels ajustements de leur rééducation pour les améliorer. Si les déficiences s'avèrent compatibles avec une reprise du travail ou une reconversion professionnelle, nous travaillons en collaboration avec les UEROS (unités d'évaluation, de réentraînement et d'orientation sociale et professionnelle). Elles accueillent sur des périodes variables les personnes cérébrolésées, dont l'orientation professionnelle présente des difficultés particulières. Leur objectif est d'articuler rééducation fonctionnelle et rééducation socioprofessionnelle pour favoriser leur insertion :

- évaluation des séquelles physiques et psychiques et des capacités pour une réinsertion sociale ;
- élaboration d'un programme de réentraînement à la vie active ;
- construction avec la personne et son entourage d'un projet d'insertion sociale et/ou professionnelle.

Par ailleurs, nous essayons de faire profiter le patient des différentes aides sociales décrites plus haut.

En cas d'impossibilité de reprise professionnelle, les indemnités journalières sont suspendues. Soit les patients ont moins de 60 ans, auquel cas il peut être demandé une mise en invalidité, soit ils ont plus de 60 ans et ils ne peuvent bénéficier que de la pension vieillesse, quel que soit le nombre d'annuités travaillées. Quoi qu'il en soit, la diminution des revenus est importante.

## CONCLUSION

La réinsertion des patients gardant des séquelles physiques et/ou neuropsychologiques d'un AVC est longue et difficile. Elle dépend de l'importance des séquelles, de la motivation du patient et de son entourage socioprofessionnel. Il est nécessaire auparavant d'évaluer les séquelles motrices, aphasiques et neuropsychologiques associées. Une réorientation de la rééducation cognitive est souvent utile. En parallèle sont menées les démarches sociales : démarches auprès de la CPAM et de la COTOREP, reprise de contact avec l'employeur, l'assistante sociale et le médecin du travail. En MPR, pour améliorer cette collaboration, nous travaillons régulièrement avec les UEROS, qui allient aspect social et aspect neurologique de cette prise en charge. Malgré tout, la réinsertion professionnelle des patients que nous suivons reste rare, souvent transitoire, même chez des patients ayant une bonne récupération apparente. ■

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Wozniak MA, Kittner SJ. Return to work after ischemic stroke: a methodological review. *Neuroepidemiology* 2002;21(4):159-66.
2. Neau JP et al. Functional recovery and social outcome after cerebral infarction in young adults. *Cerebrovasc Dis* 1998;8(5):296-302.
3. Leys D et al. Clinical outcome in 287 consecutive young adults (15 to 45 years) with ischemic stroke. *Neurology* 2002;59(1):26-33.
4. Pradat-Diehl P, Tessier C, Mazevet D. Devenir professionnel de la personne aphasique. *Entretiens d'orthophonie*, 1998.
5. Hsieh CL, Lee MH. Factors influencing vocational outcomes following stroke in Taiwan: a medical centre-based study. *Scand J Rehabil Med* 1997;29(2):113-20.
6. Saeki S, et al. Factors influencing return to work after stroke in Japan. *Stroke* 1993;24(8):1182-5.
7. Saeki S et al. Return to work after stroke. A follow-up study. *Stroke* 1995;26(3):399-401.
8. Bergmann H et al. Medical educational and functional determinants of employment after stroke. *J Neural Transm Suppl* 1991;33:157-61.
9. Ducarne B. *Rééducation sémiologique de l'aphasie*. Paris: Masson, 1986.
10. De Groot MH, Phillips SJ, Eskes GA. Fatigue associated with stroke and other neurologic conditions: implications for stroke rehabilitation. *Arch Phys Med Rehabil* 2003;84(11):1714-20.

# REMINYL