

**RETOUR AU TRAVAIL
D'UN SALARIE
APRES ACCIDENT CARDIAQUE**

Colloque « Cœur et Travail »

A CHAMOUX et B PIERRE

PARIS le 17/11/11

Bernard PIERRE

Clinique I.R.I.S. (Lyon - Marcy l'Etoile)

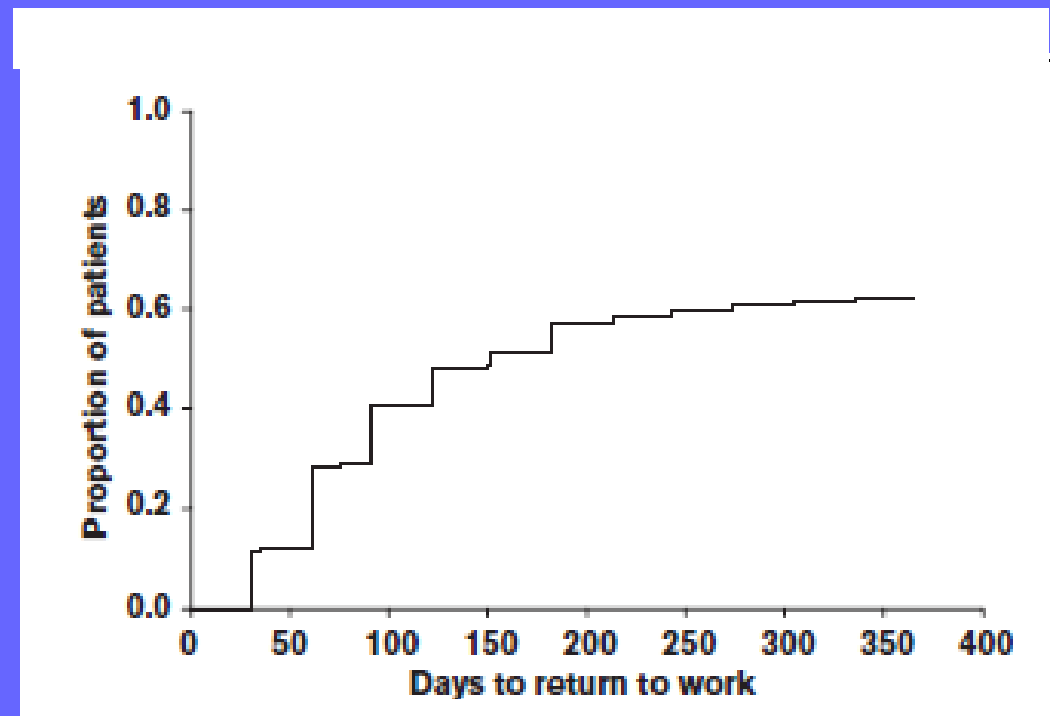
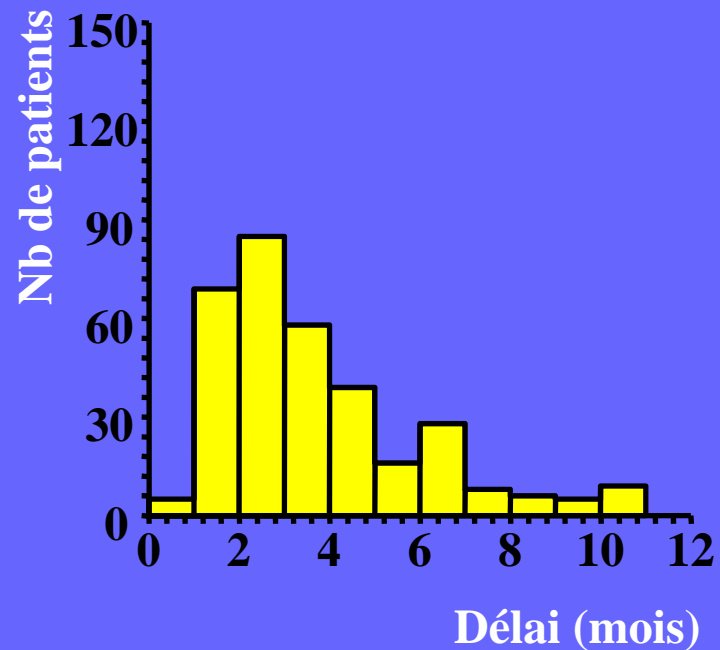
- **90 millions de journées de travail sont « perdues » chaque année au sein de l'Union européenne en raison de la morbidité de la maladie coronaire**
LEAL J, Eur Heart J 2006
- **Le retour à l'activité professionnelle est non seulement bénéfique économiquement pour le patient et la collectivité mais améliore également « moral » et qualité de vie du patient comme de sa famille**
MITTAL A, J Cardiopulm Rehabil 2004
- **Le retour à l'emploi salarié devrait être considéré comme un des « marqueurs » importants de « guérison »**

DONNEES FACTUELLES CLES

- Taux de reprise **insuffisant** et délais trop **tardifs** (70%-1970)
- Les facteurs **psycho-socio-professionnels** ont beaucoup plus de poids que les facteurs médicaux (80%/20%)
- La **réadaptation** améliore le taux de reprise et le maintien au travail
- **Information précoce** patient et entourage+++
- **Prise en charge psychologique**+++
- **Ergothérapie** pour les travailleurs manuels+++
- Connaissance des textes (**arrêté du 14/09/10**)
- **Visite de pré-reprise**+++ (adéquation au poste)
- aptitude = médecin du W (10% des incapacités définitives par cardiopathie)

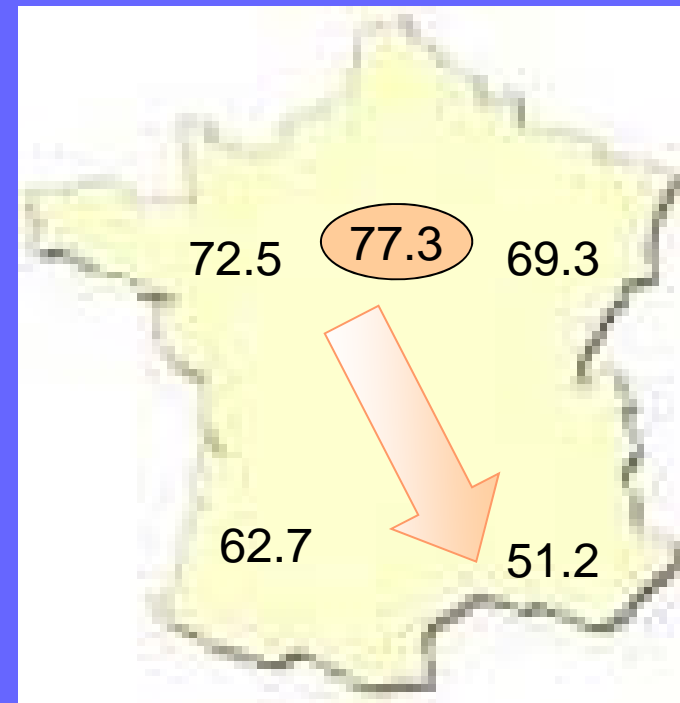
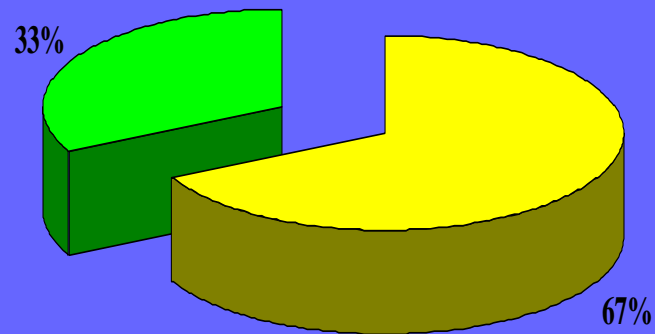
PERISCOP (1 an)

530 patients actifs, post PAC, France 2001
délai de reprise de travail $3,23 \pm 0,13$ mois

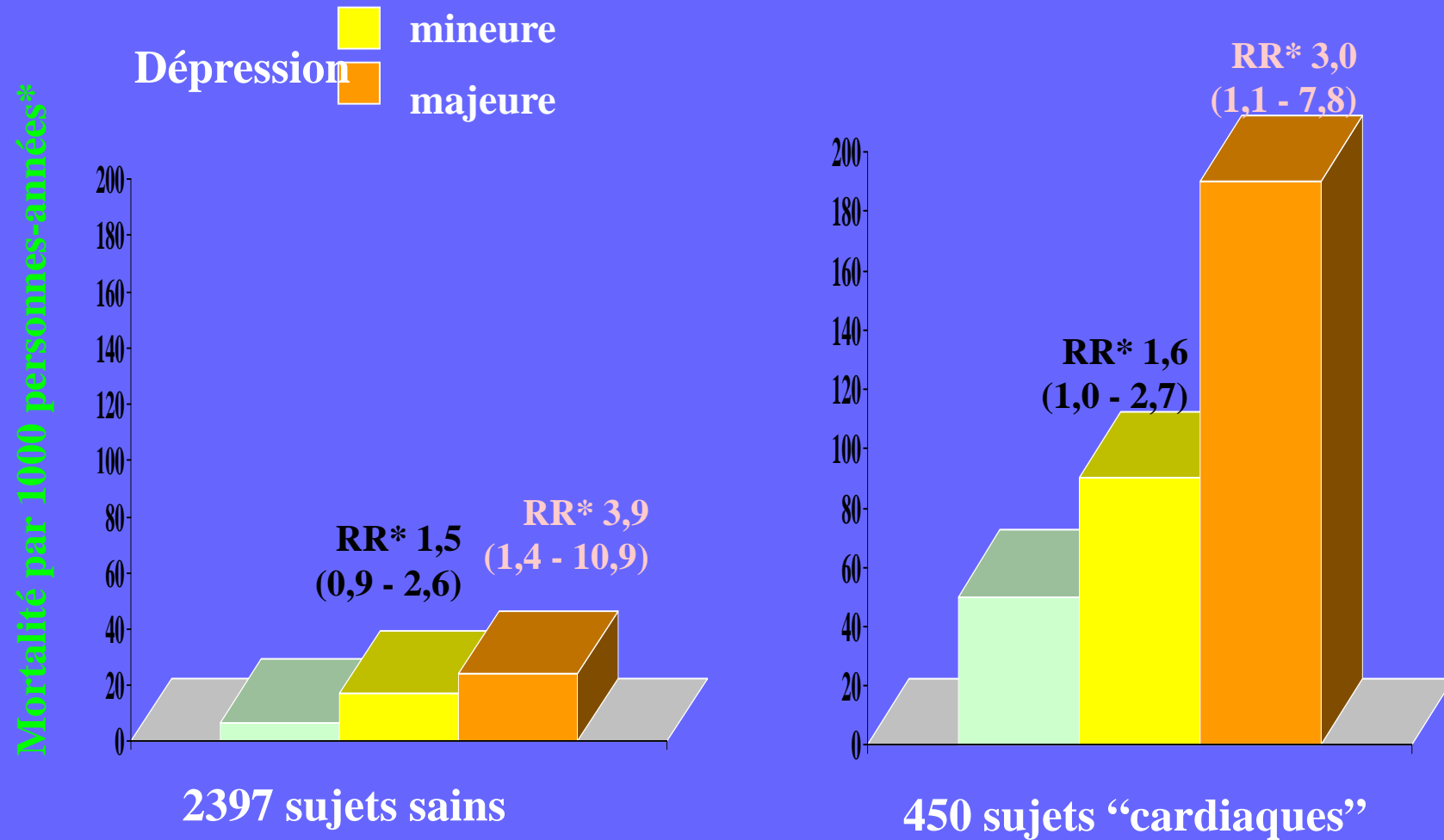


Taux de reprise (Periscopop)

■ Reprise de travail (340) ■ Pas de reprise (164)



Dépression et mortalité cardiaque (4 ans) chez des sujets sains ou cardiaques



LE CAS IDEAL

- Diagnostic et prise en charge **précoces** de l'affection cardiaque.
- Séjour **bref** en service de cardiologie médicale ou chirurgicale.
- **Réadaptation** dans un service spécialisé « performant ».
- Le cardiologue - réadaptateur « **se mouille** » quant à la reprise professionnelle :
 - Date
 - Aménagement éventuel de poste
 - Eventuelles « consignes »
 - Remise en main propre du courrier de sortie pour :
 - Transmission au médecin du travail (visite de pré - reprise)

GOALS

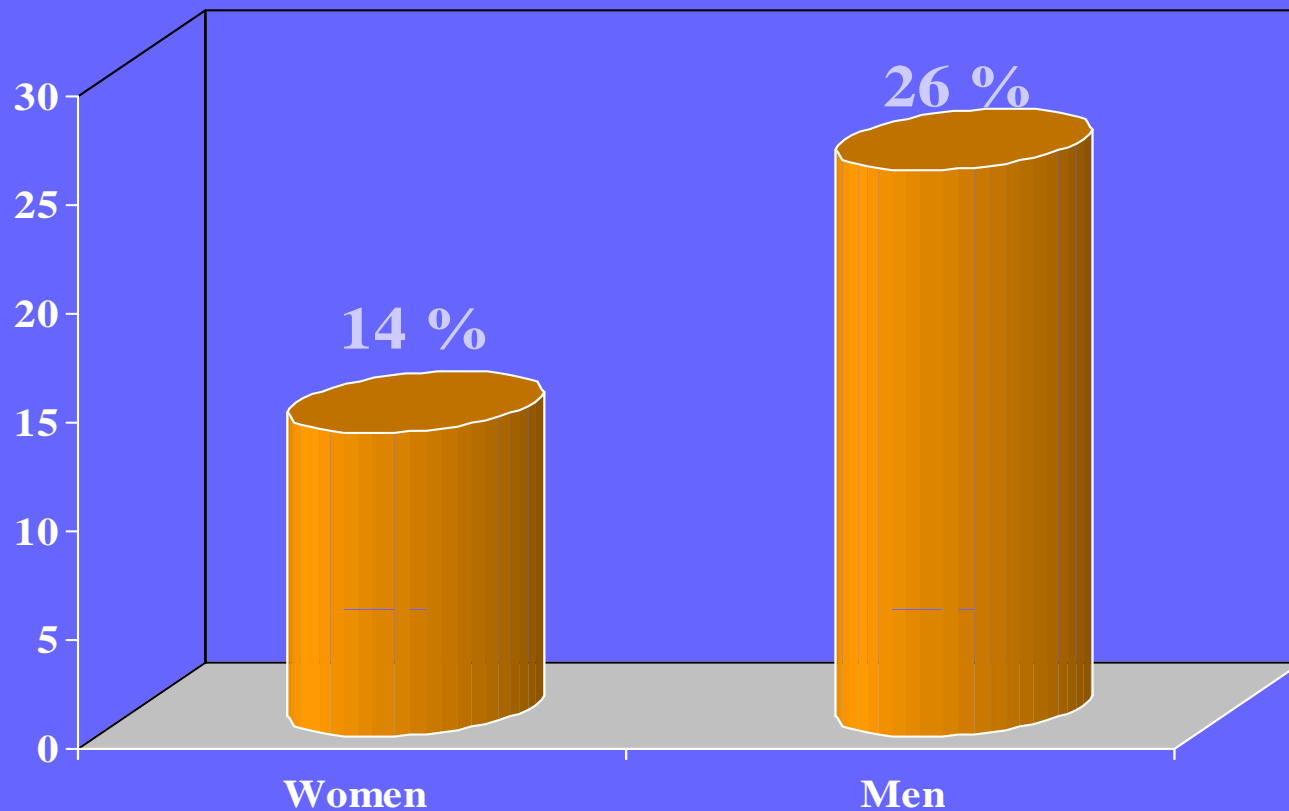
- 1 - Detect and treat complications and other pathologies
- 2 - Functional and risk evaluation
- 3 - Conform the therapy
- 4 - Optimize the secondary prevention :B.A.S.I.C.(O.)
- 5 - **Make work resumption possible**; elderly 's autonomy
- 6 - **Attention, information, anti-overdramatization; teach self-evaluation**
- 7 - **Cost reduction**
- 8 - **Convey the « analysis » to correspondants**
 - * QoL and PRONOSTIC improvement*
 - ambulatory if possible: 2 to 5/week- ~ 20 days
 - hospitalization (recent surgeries, complications or associated disorders , seniors, unfavourable socio-psychologic conditions, high risk, severe HF)

INITIAL EVALUATION

- Risk and capacities stratification

- Clinical examination- ECG - biology- Chest X-ray - echocardiography- Holter
 - Patient and disease story
 - Pronostic factors (LVEF - ischemia - arrhythmia)
 - Associated comorbidities (pneumo - ortho - neuro)
 - Treatment to adapt
 - **Initial motivation**
 - **Psychological impact**
 - **Work station**
- EFX(i) - 6 min walk test
 - To specify the rehabilitation program

Rehabilitated patients in France after acute coronary syndrome



- 1394 patients
- 77 centers
- **22% participate in cardiac rehabilitation**

LA REPRISE DU TRAVAIL

« INJUSTEMENT » INSUFFISANTE

- **Seuil des 6 mois.**
- Près de 100 % chez les professions libérales ou indépendantes.
- **Facteurs de mauvais pronostic :**
 - Age (quelques mois avant la retraite).
 - Niveau socioculturel.
 - Métier pénible, non motivant, mal rémunéré.
 - Conflits professionnels antérieurs.
 - Syndrome dépressif réactionnel sévère.
 - Résultat imparfait de l'acte chirurgical.
 - Mauvais VG.
 - Ischémie myocardique, troubles du rythme résiduels.
 - Tares associées.
 - Faible capacité maximale d'effort (<5 METS)



POURQUOI ?

- Patients imparfaitement pris en charge (pas de réadaptation)
- Gravité de la cardiopathie
- **Tabous, idées fausses, non levés**
- **Inquiétude :**
 - Du patient
 - De l'entourage (épouse...)
 - Du médecin traitant, du cardiologue, du **médecin du travail**
- **Appréhension plus du fait d'un manque de discernement que de la gravité de la cardiopathie**

QUE FAIRE ?

- **Obtenir que le cardiologue « se mouille »**
- Lui renvoyer le patient en consultation après l'avoir appelé, avec un courrier posant des questions précises.
- Lui demander une réponse écrite à transmettre par le patient.

LE CORONARIEN

- Ischémie myocardique silencieuse, angor, infarctus myocardique, angioplastie, PAC
- **Trépied pronostique :**
 - **Ischémie résiduelle** (symptômes, EE, scintigraphie, échographie de stress)
 - **Fonction systolique VG** (échographie, ventriculographie, scintigraphie)
 - **Troubles du rythme ventriculaire** (ECG - Holter)
- VG correct (FEVG > 40 - 50 %), pas d'ischémie résiduelle, pas de TDR  **REPRISE**
- Mauvais VG (FEVG < 30 %), ischémie résiduelle, TDRV  **PAS DE REPRISE pour les métiers pénibles** (efforts physiques, température, horaires...) sauf événement nouveau
- Entre les deux : **au cas par cas**, selon le métier, le profil du patient ; en lien avec le cardiologue

Stratification du risque selon les recommandations de la Société Européenne de Cardiologie et de l'American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation

Niveau de risque faible (mortalité 1 an < 5%)

- ✿ Evolution clinique hospitalière non compliquée
- ✿ (pas de récurrence ischémique d'insuffisance cardiaque ou d'arythmie ventriculaire sévère),
- ✿ Bonnes capacités fonctionnelles (>6 METS) à distance (3 semaines ou plus) de la phase aiguë,
- ✿ Fonction ventriculaire gauche systolique conservée,
- ✿ Pas d'ischémie myocardique résiduelle au repos ou à l'effort,
- ✿ Pas d'arythmie ventriculaire sévère au repos ou à l'effort.

Niveau de risque intermédiaire (mortalité 1 an 5 à 10%)

- ✿ Capacités fonctionnelles moyennes (5-6 METS) à distance (3 semaines ou plus) de la phase aiguë, seuil ischémique élevé,
- ✿ Fonction ventriculaire gauche systolique modérément altérée,
- ✿ Ischémie myocardique résiduelle modérée et/ou sous-décalage du segment ST inférieur à 2 mm ou test d'effort, ou ischémie myocardique réversible lors des explorations isotopiques ou échocardiographiques,
- ✿ Arythmie ventriculaire peu sévère (classe I ou II de Lown) au repos ou à l'effort.

Niveau de risque élevé (mortalité 1 an > 10%)

- ✿ Evolution clinique hospitalière compliquée (insuffisance cardiaque, choc cardiogénique et/ou arythmie ventriculaire sévère),
- ✿ Survivants de mort subite,
- ✿ Capacités fonctionnelles basses (<5 METS) à distance (3 semaines ou plus) de la phase aiguë,
- ✿ Fonction ventriculaire gauche systolique sévèrement altérée ($\leq 30\%$),
- ✿ Ischémie myocardique résiduelle sévère (angor invalidant, seuil ischémique bas et/ou sous-décalage du segment ST supérieur à 2 mm, à l'électrocardiogramme d'effort),
- ✿ Arythmie ventriculaire complexe (classe III, IV et V de Lown) au repos ou à l'effort.

EQUIVALENCES PRATIQUES

Vélo

50 W	3 METS
100 W	5,5 METS
150 W	7 METS

Rameur

50 W	3,5 METS
100 W	7 METS
150 W	8,5 METS

Course à pied

« jogging »	7 METS
8 km/h	8 METS
9,5 km/h	10 METS

Ski descente

« calme »	5,5 METS
« rapide »	7 METS

Sexe

partenaire habituelle	100 W / 5.5 METS
partenaire inhabituelle	150 W / 7 METS

NIVEAU D'ACTIVITE	ACTIVITES	
	DOMESTIQUES ET DE LOISIR	PROFESSIONNELLES
Très léger < 3 mets	Se laver Se raser S'habiller Ecrire Faire la vaisselle Passer l'aspirateur ou balayer lentement, repasser, dépoussiérer Conduite automobile Jardinage léger : taille des rosiers, tonte de gazon sur tracteur, semailles ... Petit bricolage (modélisme ...) Loisirs : pêche, billard, croquet	Travail assis Travail de bureau Travail de laboratoire Dactylographie Réparation électronique, mécanique de précision Travail en position debout (vendeur, portier) Conduite de tracteur, camion (en tenant compte de la législation) Travail de couture
Léger 3-5 mets	Laver les vitres Cirer les parquets Faire les lits Porter des charges de 7 à 15 kg Jardinage : usage tondeuse tractée, Ratissage léger, binage Bricolage : peinture intérieure, pose de papiers peints Aquagym, Golf Loisirs : danse à rythme modéré	Travail à la chaîne, à cadence et charges moyennes Travail de garage (réparation auto) Magasinage Construction d'un mur (mélange mécanique du ciment, pose de pierres et briques) Menuiserie légère Boulangerie
Modéré 5-7 mets	Porter des charges de 15 à 30 kg Laver une voiture Jardinage : bêchage en terre légère, usage d'une tondeuse manuelle à plat, fauchage lent, conduite petit motoculteur Natation de loisir, lente	Travaux du bâtiment, menuiserie lourde (charpente, réfection extérieure) Travail de plâtrier Maniement du marteau pneumatique Pelletage lent ... Travail de boucherie
Lourd 7-9 mets	Porter des charges de 30 à 40 kg Bricolage : scier du bois, pelletage lourd Jardinage : bêchage lourd Loisirs : danse à rythme rapide, Randonnée en montagne	Entretien industriel lourd Maniement d'outils lourds (tronçonneuse, outillage de terrassement ...) Chargement de camions
Très lourd	Porter des charges de plus de 40 kg	Bucheronnage Travail lourd de manœuvre Pompier

D'après Ainsworth BE, Haskell WL, Whitti C et al. Compendium of physical activities : an update of activity codes and MET intensities. Med Sci Sports Exerc 2000 ; 32 (9) suppl. : S498-S516. (605 activ)

COUT ENERGETIQUE PROFESSIONNEL (MET)

- **3.0:** Conduite d'un poids lourd, tracteur, bus
- **3.0:** Station debout, activité légère à modérée: assemblage/réparation pièces lourdes, soudure, stockage, préparation de cartons pour déménagement
- **4.0:** Marcher à 4,80 Km/h, modérément vite, en portant des objets légers de moins de 11 kg.
- **6.6:** Pelletage, léger (< 10 kg/min)
- **6.0:** Travaux de construction, en plein air

Compendium of Physical Activities:

Classification of energy costs of human physical activities

AINSWORTH B. and all; Medecine ans Science in Sports and Exercice 1993; p 71 - 80

Outils

- EFX
- Holter,
CFM,
MAPA
en situation

ECHELLE DE BORG

6	
7	-----TRES, TRES FACILE
8	
9	-----TRES FACILE
10	
11	-----ASSEZ FACILE
12	
13	-----UN PEU DIFFICILE
14	
15	-----DIFFICILE
16	
17	-----TRES DIFFICILE
18	
19	-----TRES, TRES DIFFICILE
20	

LE VALVULAIRE

- Importance de la **précocité** du geste chirurgical correcteur (dépistage)
- La plastie : geste idéal
- Les prothèses : habituellement mécaniques (AVK)
- **Reprise habituelle dans le poste antérieur dans le mois suivant la fin de la réadaptation**
- **Reprise différée voire à jamais impossible :**
 - Geste tardif.
 - Distension cavitaire importante persistante - mauvais VG.
 - Insuffisance cardiaque résiduelle.
 - Troubles rythmiques chroniques mal contrôlés (FA rapide).
 - Age - pénibilité du travail - risque hémorragique (AVK)

INSUFFISANCE CARDIAQUE SEVERE

- Myocardiopathies primitives ou ischémiques
- **Le patient est-il bien pris en charge ?**
 - Expertise correcte ?
 - Traitement optimal : diurétique - IEC - béta bloquant - réadaptation ?
 - A-t-on évoqué au patient : stimulation multi sites, DAI, transplantation ?
- **Le patient reste-t-il symptomatique ?**
- **Si oui sauf motivation ++ du patient, métier sédentaire sans surmenage : PAS DE REPRISE.**
- Envisager alors longue maladie - invalidité

DUREES MOYENNES D'IMMOBILISATION

- **INFARCTUS DU MYOCARDE** : de 3 sem. à 3 mois
- **PONTAGES** : de 3 sem. à 3 mois
- **CHIRURGIE VALVULAIRE** : de 3 sem. à 3 mois
- **GREFFE CARDIAQUE** : de 3 mois à 6 mois

**Dans le mois suivant la réadaptation
après visite de pré-reprise**

LA BONNE « CONDUITE » IMPOSE

- **De bien connaître le dossier médical**
(capacités fonctionnelles, stratification du risque, état psychologique, personnalité, traitements particuliers : AVK, insuline..).
- **D'évaluer le poste, les contraintes du travail, l'entreprise.**
- **D'apprécier le « meilleur avenir » pour le patient.**
- **De savoir s'entourer d'avis autorisés.**

SANS OUBLIER LE ROLE ESSENTIEL DU MEDECIN DU TRAVAIL

- **Suivi de la pathologie** (rappel de l'intérêt des consultations spécialisées systématiques)
- **Dépistage** d'une évolution défavorable
- **Observance** du traitement médical adapté
- Rappel des **conseils hygiéno diététiques** (tabac - activité physique - diététique méditerranéenne)
- Maniement des **AVK**. Prévention de l'**EI**

EN CONCLUSION

- Le médecin du travail a un **rôle clé** en lien avec le cardiologue - réadaptateur, le cardiologue, dans la reprise professionnelle des patients atteints de cardiopathies.
- Intérêt de la **visite de pré - reprise** aidée par la collecte d'un maximum de documents sur la prise en charge +++.
- **Sauf cas particuliers le risque n'est pas une reprise dangereuse de la profession mais bien une non reprise injustifiée (par crainte sans fondement, mauvaise évaluation) lourde de conséquences sur l'équilibre psychologique du travailleur et les finances publiques.**

Dans l'intérêt du patient et de la société

- **Une coopération cardiologues-médecins du travail et médecins traitants**
- **Un langage commun**
- **Une évaluation la plus objective possible de la cardiopathie, des capacités fonctionnelles, du poste de travail, du retentissement psycho-social**



Monde idéal



- **CR donné au patient, communiqué au Médecin du Travail**
- **Avec pathologie : clairement expliquée**
- **Evaluation de la fraction d'éjection et des capacités d'effort**
- **Evaluation du retentissement psychologique**
- **Avis cardiologique sur les possibilités de reprise, conseils de suivi**



Monde réel : CRH



20, rue Leblanc
75009 PARIS Cedex 13
Tel. : 01 56 09 20 00

Service de Cardiologie I

Chef de Service : **Dr Martin**
Dr Michel DENYS
Tél:01 56 09 20 00
Fax:01 56 09 20 04

Adjoint
Dr Anne LAFONT
Tél:01 56 09 26 61
Fax:01 56 09 26 64
Dr Nicole POUYER
Tél:01 56 09 26 62
Fax:01 56 09 26 64
Dr Anne LAFONT
Tél:01 56 09 26 61
Fax:01 56 09 26 64

SECURITE
Dr Eric MICHARD
Tél:01 56 09 26 31
Fax:01 56 09 26 09

PH temps partiel
Dr Sabine RAJAL
Tél:01 56 09 26 61
Fax:01 56 09 26 09

Chirurgie Clinique
Dr Marc-Antoine ARNOULD
Tél:01 56 09 26 62
Dr Annie LAMAR
Tél:01 56 09 26 62

Stagiaires
Dr Mounir ABDELRABHIM
Dr Amin ALBOU
Dr Marc BELFANTIE
Dr Aurélien DEFFAY
Dr Simon DUBOIS
Dr Anne BONNY
Dr Pascal CHRISTOPHE
Dr Marc DUBOIS
Dr Olivier CHENETRE
Dr Vincent GUILLEZUM
Dr Marc LHERICHT
Dr Bernard LABRE
Dr Nicolas MICHOTTE
Dr Antoine ORLAC
Dr Mounir BOU
Dr François Xavier SARRIS
Dr Simon ZOUHA

Consultants Drogues
Dr Fabrice CASTALDO
Pr Hugy B. NEAMATI A.L.A.
(Professeur correspondant)

Centre Supplémentaire Infirmiers
Mme Marina SCHMIDTKEL 01 56 09 26 15
Centre de Santé
Mme Hélène ARNOULD 01 56 09 26 08
Consultants :
Dr 56 09 26 08 83 28 07 ou 28 07
USM : 01 56 09 26 25 ou 30 24
Plateau technique non lavant 01 56 09 27 22
Bureau 01 56 09 27 26
Plateau technique lavant 01 56 09 23 10
Assistance sociale 01 56 09 26 04

Unité Scientifique de l'Hôpital NECKER
Radiologie en service
Pratiquant Hospitalier
Dr Nicole BARRIBON
Secrétaire 01 49 45 72
Consultant 01 49 45 72
Echocardiographie 01 49 45 04

COMPTE RENDU D'HOSPITALISATION du 24/05/2010 au 24/06/2010

Date de rédaction du compte-rendu : 24 juin 2010

Monsieur LAUPA DAVID

né le 26/09/1970

NIP : 0807360661 - N° de séjour NDA : 751033496

Date d'admission : 24/05/2010

Unité d'accueil : 332 USIC CARDIOLOGIE - Lit 33061

Médecin responsable : Docteur LEPILLIER Antoine

Médecin rédacteur : Docteur BOUZEMAN Abdeslam

Date de rédaction de l'observation : 24 mai 2010

Adresse du patient : 112 rue Paul Vaillant Couturier 92240 MALAKOFF

Médecin ayant adressé le patient :

Médecins destinataires du courrier :

Docteur THOUMIEUX Jean-Louis 26-28 rue René Coche 92170 VANVES

Spécialité: Médecine Générale

MOTIF D'HOSPITALISATION : Insuffisance cardiaque globale

ANTECEDENTS ET CONTEXTE CLINIQUE :

Allergies documentées : aucune

Cardiovasculaires : aucune

Autres antécédents : Traumatisme crânien dans l'enfance avec épilepsie séquellaire (hématome intra-cranien ?)

FACTEURS DE RISQUE : Surpoids poids : 91kg ; Taille : 1,79m IMC : 28,4

MODE DE VIE ET CONTEXTE PSYCHOSOCIAL : Célibataire vivant chez ses parents avec ses deux frères âgés d'une quarantaine d'année, cuisinier voulant se reconverter mais projets abandonnés dans le contexte d'une AEG avec asthénie+++, allocation adulte handicapée

TRAITEMENT HABITUEL : URBANYL 5mg 1.0.1

HISTOIRE DE LA MALADIE : AEG depuis 2-3 mois ; bronchite traînante depuis un mois, avec dyspnée, orthopnée, syndrome fébrile et douleur thoracique difficile à faire préciser, assez diffuse, à type de serrement et brûlure, sans irradiation, durant 5 minutes. OMI bilatéraux d'apparition récente. Consultation aux urgences dans un tableau d'anasarque. Transfert en USIC

EXAMEN CLINIQUE A L'ARRIVEE :

Pouls 116 /min ; TA 14/9 mmHg ;

Bruits du cœur réguliers, souffle d'IM 4/6^{ème}. OMI bilatéraux importants, pas d'autre signe droit

Auscultation pulmonaire claire
Abdomen
Examen clinique normal par ailleurs.

EXAMENS COMPLEMENTAIRES :

ECG d'entrée : rythme sinusal, 114/min, QRS 80 ms, axe gauche, onde T négative V5V6

Biologie d'entrée :

Sodium	139 mmol/L.....	136 - 143
Potassium	3,5 mmol/L.....	3.5 - 4.5
Chlorures	104 mmol/L.....	97 - 105
CO2 Total	24 mmol/L.....	22 - 28
Protéines	57 g/L.....	63 - 78
Créatinine standardisée	102 µmol/L.....	50 - 115
DFG estimé *	70 mL/min/1.73m ²	> 60
Troponine Ic	0,26 µg/L.....	
BNP 1400 pg/ml		

ETT au lit :

FEVG très abaissée, estimée visuellement à 15-20%, hypokinésie globale

VG dilaté (DTD 80mm)

Pas de thrombus apical évident

IM grade 4 avec reflux dans les VP, centrale

Pressions de remplissage augmentées

Bas débit cardiaque (ITV 9cm/s)

IT grade 2 avec HTAP=50mmHg

VCI 22mm non compliante

Péricarde sec

IRM cardiaque

TECHNIQUE :

Séquences Fiesta selon les incidences : 2 cavités, 4 cavités, petit axe VG, grand axe VD, voie VD-AP.

Séquences T2 IR petit axe +/- saturation du signal de la graisse. Etude de la perfusion myocardique à l'état basal après injection de 10cc de gadolinium. Etude du réhaussement tardif du myocarde à 10', après injection de 20cc de Gadolinium.

RESULTATS :

* Ventricule gauche :

- Infiltration graisseuse : 0

- Epaisseurs TD parois VG (mm) : 10mm en moyenne

- Fonction globale : normale. FEVG 16.5%. VTDVGI : 228ml/m². VTSVGI: 191ml/m².

- Cinétique segmentaire : hypokinésie globale. IM par dilatation de l'anneau

- Troubles de la perfusion : 0

- Réhaussement tardif médiomural septal

- Pas d'hypersignal T2 significatif mais apnée difficile.

* Ventricule droit :

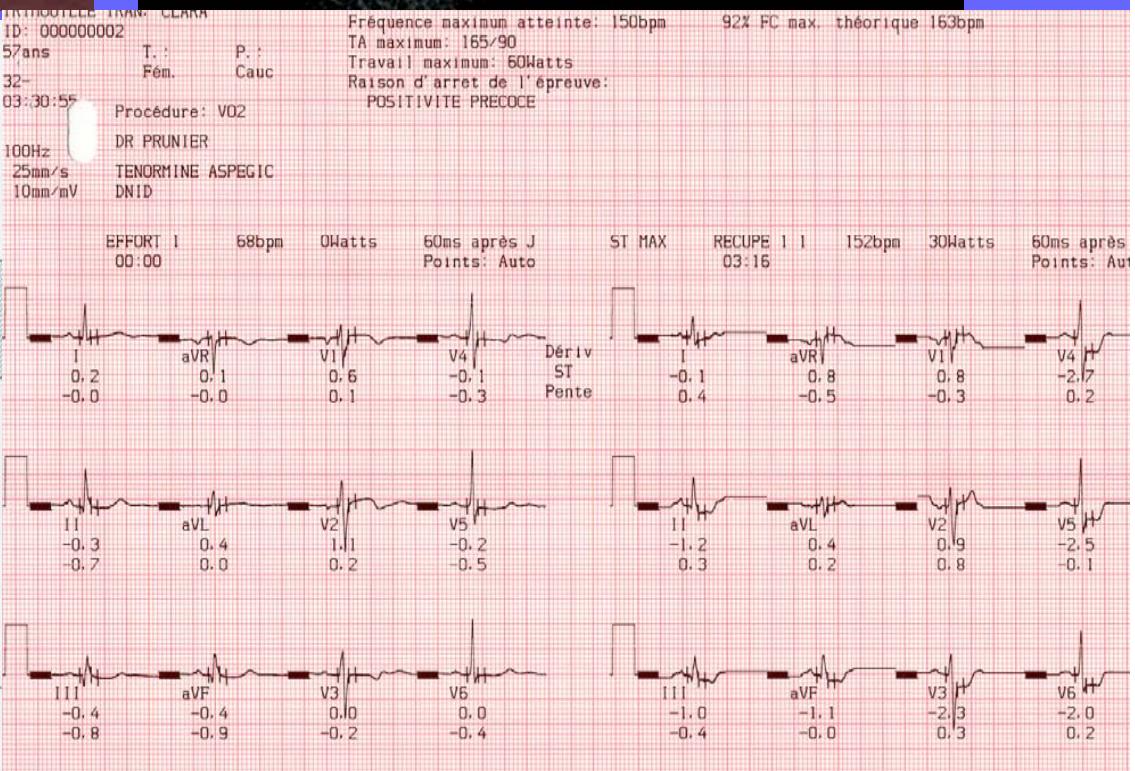
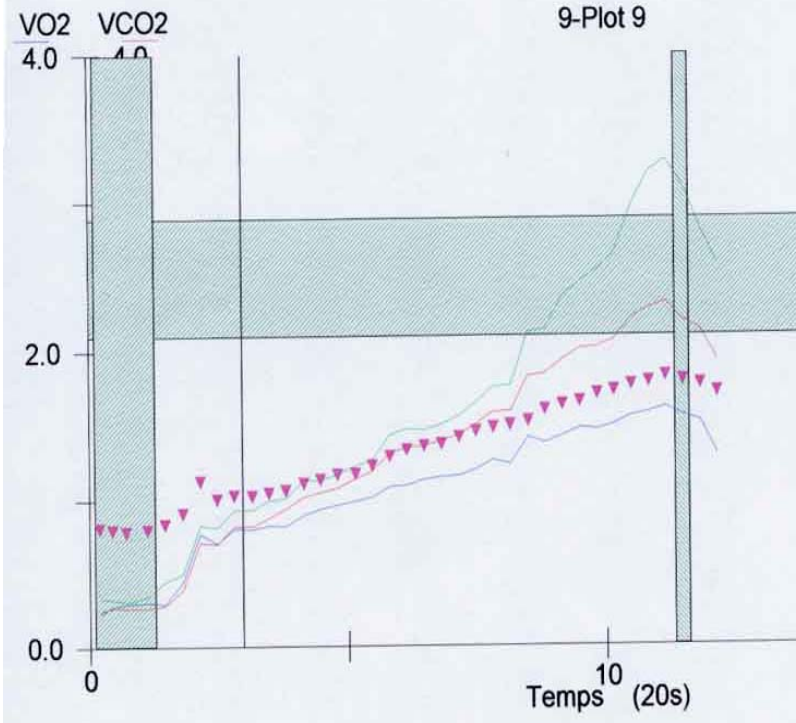
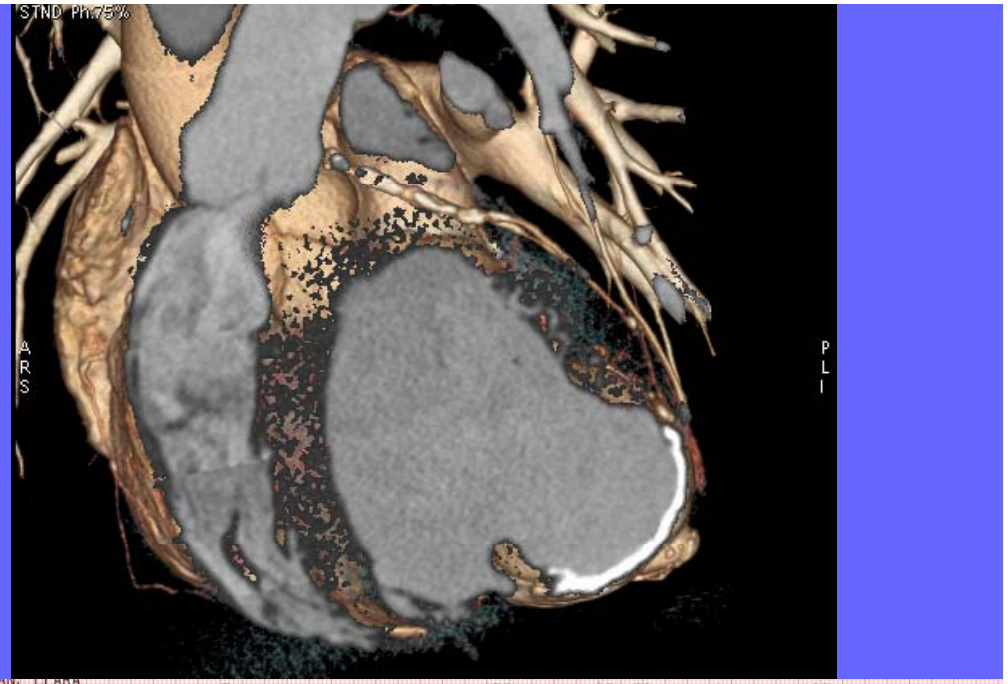
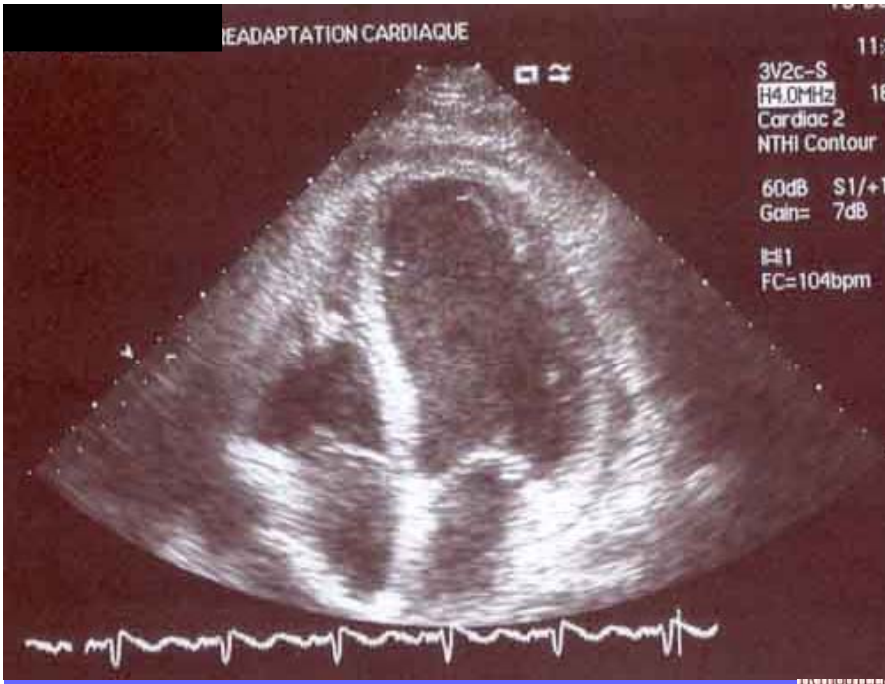
- Absence de dilatation VD.

- Fonction globale : normale. TAPSE 17mm. IT modérée.

- Cinétique segmentaire : normale.

- Réhaussement tardif : 0

CONCLUSION :



Petit « lexique »

- **SCA, ST +/-, Tropono +/-, STEMI, NSTEMI**
- **IDM**
- **ATL, ACT**
- **PAC, PTCA**
- **FA, TRSV**
- **DAI**
- **PM VDD, VVI, DDDR**
- **RxP**
- **ETT, ETO**

Equivalences

- $\text{METs} = [(\text{watts/kg} \times 13) + 3.5] / 3.5$

- Ex 100 watts, 70 kg : 1.428

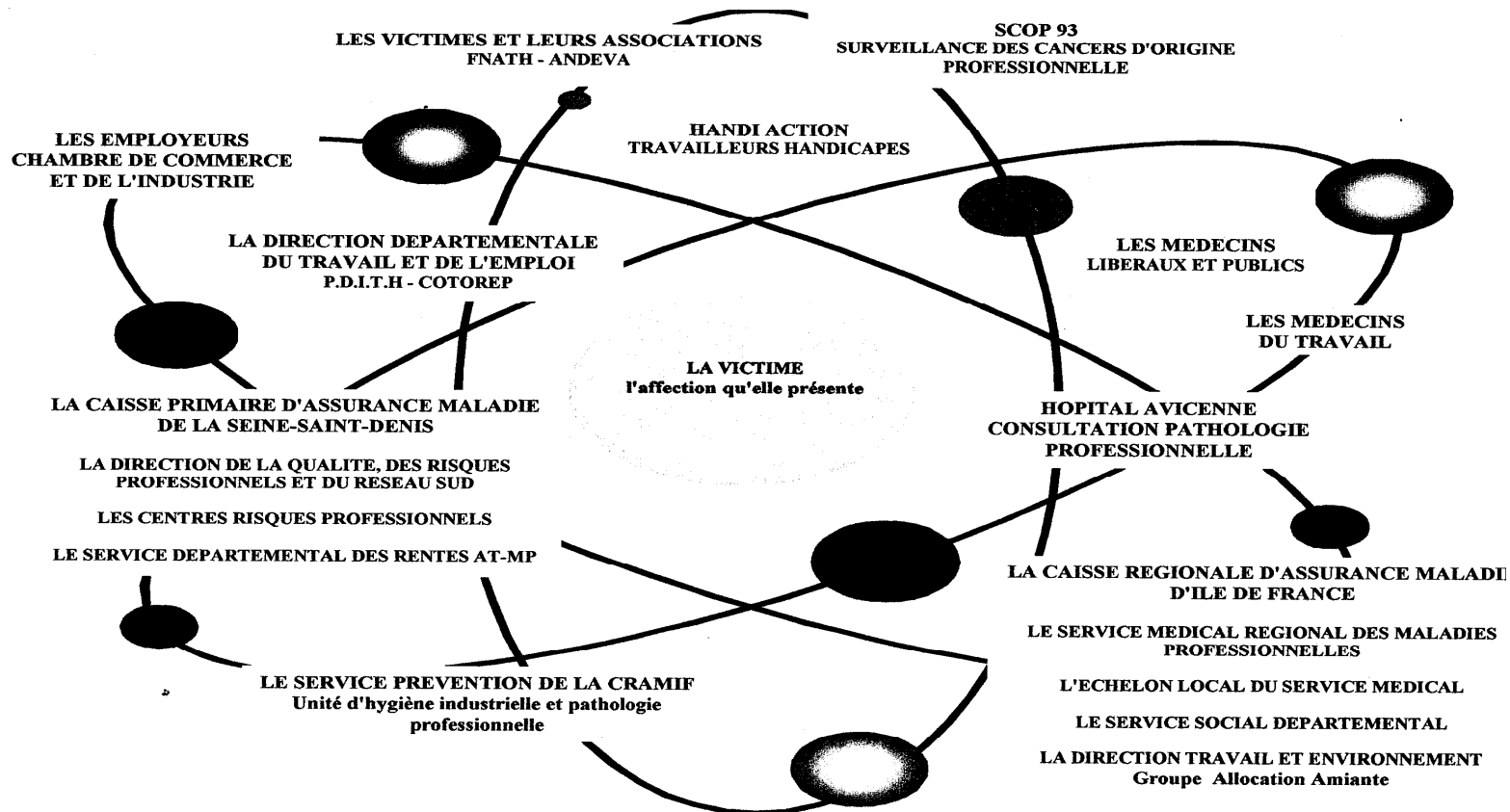
$$1.42 \times 13 = 18.57$$

$$+ \underline{3.5}$$

$$22.07 / 3.5 = 6.3$$

« Nébuleuse » de médecine du travail

LE RESEAU DEPARTEMENTAL DES RISQUES PROFESSIONNELS



- COTOREP
- AGEFIPH
- PDITH
- CPAM
- MIRMOMO

AMENAGEMENT DE POSTE ET/OU D'HORAIRE?

- **L'aptitude avec restriction**

(article L 4624-1 du code du travail) :

« Le médecin du travail est habilité à proposer des mesures individuelles telles que mutation ou transformation de poste, justifiées par des conditions relatives notamment à l'âge, la résistance physique ou 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. En cas de difficulté, la décision est prise par l'inspecteur du travail après avis du médecin inspecteur de travail »

- L'adaptation d'un poste n'équivaut pas à un **reclassement**, **lié à une inaptitude au poste précédent** -nécessitant 2 visites du médecin du travail et une étude de poste-
(article R 4624-31 du code du travail)

- **Examen de reprise (article R 4624-21)**

A l'initiative de l'employeur il doit s'effectuer dans les 8 jours suivants la reprise effective, est obligatoire après un arrêt de travail de plus de 21 jours en maladie.

Il est souhaitable qu'il soit précédé de la **visite de pré-reprise (article R 4624-23)** pouvant être sollicitée par le salarié, le médecin traitant ou le cardiologue, le médecin conseil des organismes de SS

- **L'évaluation de la pénibilité cardiaque du poste de travail** méritera d'être étayée par la **CFM** voire la **MAPA** (efforts statiques, retentissement de la charge mentale, du stress en milieu de travail).

Echelles de pénibilité d'A CHAMOUX

Outils de décision pour la reprise et le suivi

Patient

- Sévérité
- Adaptations
- (aptitude résiduelle)
- Traitements
- Risques
- Possibilités
- Souhaits

Travail

- Poste
- Contraintes
- Risques
- Marché
- Souhaits

Législation

Professions
Risques
Dispositifs

PROCHAINEMENT !!!

« Cœur & Travail »

« Au cas par cas »

MERCI

POUR

VOTRE

ATTENTION

I R I S



COEUR

et TRAVAIL