BU bibliothèque Lyon 1

http://portaildoc.univ-lyon1.fr

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale - Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)

http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr

COMBARNOUS
(CC BY-NC-ND 2.0)

Université Claude Bernard Lyon 1

FACULTE DE MEDECINE LYON EST

Année 2016 / N°

Analyse des facteurs d'insertion professionnelle des patients souffrant d'épilepsie vus à la consultation Epilepsie et Travail de Lyon entre janvier 2011 et juin 2012

THESE

de Médecine du travail

Présentée

à l'Université Claude Bernard Lyon 1

et soutenue publiquement le **4 mars 2016**

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

Par

Camille COMBARNOUS

Née le 27 septembre 1983 à Saint-Mandé (94)

COMBARNOUS
(CC BY-NC-ND 2.0)

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD – LYON 1

2014-2015

. Président de l'Université	François-Noël GILLY
. Président du Comité de Coordination des Etudes Médicales	François-Noël GILLY
. Directeur Général des Services	Alain HELLEU

SECTEUR SANTE

UFR DE MEDECINE LYON EST	Doyen : Jérôme ETIENNE
UFR DE MEDECINE ET DE MAIEUTIQUE LYON SUD - CHARLES MERIEUX	Doyen : Carole BURILLON
INSTITUT DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES ET BIOLOGIQUES (ISPB)	Directrice : Christine VINCIGUERRA
UFR D'ODONTOLOGIE	Doyen : Denis BOURGEOIS
INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE READAPTATION (ISTR)	Directeur : Yves MATILLON
DEPARTEMENT DE FORMATION ET CENTRE DE RECHERCHE EN BIOLOGIE HUMAINE	Directrice : Anne-Marie SCHOTT

SECTEUR SCIENCES ET TECHNOLOGIES

UFR DE SCIENCES ET TECHNOLOGIES	Directeur : Fabien DE MARCHI
UFR DE SCIENCES ET TECHNIQUES DES ACTIVITES PHYSIQUES ET SPORTIVES (STAPS)	Directeur : Yannick VANPOULLE
POLYTECH LYON	Directeur : Emmanuel PERRIN
I.U.T. LYON 1	Directeur : Christophe VITON
INSTITUT DES SCIENCES FINANCIERES ET ASSURANCES (ISFA)	Directeur : Nicolas LEBOISNE
OBSERVATOIRE DE LYON	Directrice : Isabelle DANIEL
ECOLE SUPERIEURE DU PROFESSORAT ET DE L'EDUCATION (ESPE)	Directeur : Alain MOUGNIOTTE

COMBARNOUS
(CC BY-NC-ND 2.0)

U.F.R. FACULTE DE MEDECINE ET DE MAIEUTIQUE
LYON SUD-CHARLES MERIEUX

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS
(Classe exceptionnelle)

BERGERET Alain	Médecine et santé au travail
BROUSSOLLE Emmanuel	Neurologie
BURILLON-LEYNAUD Carole	Ophtalmologie
CHIDIAC Christian	Maladie infectieuses ; maladies tropicales
COIFFIER Bertrand	Hématologie ; transfusion
DUBREUIL Christian	Oto-rhino-laryngologie
FLOURIE Bernard	Gastroentérologie ; hépatologie
FOUQUE Denis	Néphrologie
GILLY François-Noël	Chirurgie générale
GOLFIER François	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
GUEUGNIAUD Pierre-Yves	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
LAVILLE Martine	Nutrition
LAVILLE Maurice	Thérapeutique
MALICIER Daniel	Médecine légale et droit de la santé
MATILLON Yves	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MORNEX Françoise	Cancérologie ; radiothérapie
MOURIQUAND Pierre	Chirurgie infantile
NICOLAS Jean-François	Immunologie
PEIX Jean-Louis	Chirurgie générale
SALLES Gilles	Hématologie ; transfusion
SAMARUT Jacques	Biochimie et biologie moléculaire
SIMON Chantal	Nutrition
THIVOLET Charles	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
VALETTE Pierre Jean	Radiologie et imagerie médicale
VIGHETTO Alain	Neurologie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (1ère Classe)

ADHAM Mustapha	Chirurgie digestive
ANDRE Patrice	Bactériologie-virologie
BERARD Frédéric	Immunologie
BONNEFOY Marc	Médecine interne, option gériatrie
BONNEFOY- CUDRAZ Eric	Cardiologie
BROUSSOLLE Christiane	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement
CAILLOT Jean Louis	Chirurgie générale

COMBARNOUS
(CC BY-NC-ND 2.0)

CERUSE Philippe	Oto-rhino-laryngologie
DES PORTES DE LA FOSSE Vincent	Pédiatrie
ECOCHARD René	Biostatistiques
FESSY Michel-Henri	Anatomie
FLANDROIS Jean-Pierre	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
FRANCK Nicolas	Psychiatrie d'adultes
FREYER Gilles	Cancérologie ; radiothérapie
GEORGIEFF Nicolas	Pédopsychiatrie
GIAMMARILE Francesco	Biophysique et médecine nucléaire
GLEHEN Olivier	Chirurgie générale
JOUANNEAU Emmanuel	Neurochirurgie
KIRKORIAN Gilbert	Cardiologie
LANTELME Pierre	Cardiologie
LEBECQUE Serge	Biologie cellulaire
LINA Gérard	Bactériologie
LLORCA Guy	Thérapeutique
LONG Anne	Chirurgie vasculaire
LUAUTE Jacques	Médecine physique et de réadaptation
MAGAUD Jean-Pierre	Hématologie ; transfusion
PEYRON François	Parasitologie et mycologie
PICAUD Jean-Charles	Pédiatrie
PIRIOU Vincent	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
POUTEIL-NOBLE Claire	Néphrologie
PRACROS J. Pierre	Radiologie et imagerie médicale
RODRIGUEZ-LAFRASSE Claire	Biochimie et biologie moléculaire
SAURIN Jean-Christophe	Gastroentérologie ; hépatologie
TEBIB Jacques	Rhumatologie
THOMAS Luc	Dermato-vénéréologie
TRILLET-LENOIR Véronique	Cancérologie ; radiothérapie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (2ème Classe)

BARREY Cédric	Neurochirurgie
BOHE Julien	Réanimation urgence
BOULETREAU Pierre	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
CHAPET Olivier	Cancérologie ; radiothérapie
CHOTEL Franck	Chirurgie infantile
COTTE Eddy	Chirurgie générale
DAVID Jean Stéphane	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
DEVOUASSOUX Gilles	Pneumologie
DISSE Emmanuel	Endocrinologie diabète et maladies métaboliques
DORET Muriel	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
DUPUIS Olivier	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
FARHAT Fadi	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire

COMBARNOUS
(CC BY-NC-ND 2.0)

FEUGIER Patrick	Chirurgie vasculaire
FRANCO Patricia	Physiologie
GHESQUIERES Hervé	Hématologie
KASSAI KOUPAI Berhouz	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique
LASSET Christine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
LEGER FALANDRY Claire	Médecine interne ; gériatrie
LIFANTE Jean-Christophe	Chirurgie générale
LUSTIG Sébastien	Chirurgie orthopédique
MOJALLAL Alain-Ali	Chirurgie plastique
NANCEY Stéphane	Gastro-entérologie
PAPAREL Philippe	Urologie
PIALAT Jean-Baptiste	Radiologie et imagerie médicale
POULET Emmanuel	Psychiatrie d'adultes
REIX Philippe	Pédiatrie
RIOUFFOL Gilles	Cardiologie
SALLE Bruno	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
SANLAVILLE Damien	Génétique
SERVIEN Elvire	Chirurgie orthopédique
SEVE Pascal	Médecine interne ; gériatrique
TAZAROURTE Karim	Thérapeutique
THAI-VAN Hung	Physiologie
THOBOIS Stéphane	Neurologie
TRAVERSE-GLEHEN Alexandra	Anatomie et cytologie pathologiques
TRINGALI Stéphane	Oto-rhino-laryngologie
TRONC François	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
WALLON Martine	Parasitologie et mycologie
WALTER Thomas	Gastroentérologie ; hépatologie

PROFESSEURS ASSOCIES

FILBET Marilène	Thérapeutique
LESURTEL Mickaël	Chirurgie générale
SOUQUET Pierre-Jean	Pneumologie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES - MEDECINE GENERALE

DUBOIS Jean-Pierre

PROFESSEURS ASSOCIES - MEDECINE GENERALE

DUPRAZ Christian
ERPELDINGER Sylvie

COMBARNOUS
(CC BY-NC-ND 2.0)

PROFESSEURS ASSOCIES SCIENCES ET TECHNOLOGIES - MEDECINE GENERALE

BONIN Olivier

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (Hors Classe)

ARDAIL Dominique	Biochimie et biologie moléculaire
BOUVAGNET Patrice	Génétique
CHARRIE Anne	Biophysique et médecine nucléaire
DELAUNAY-HOUZARD Claire	Biophysique et médecine nucléaire
LORNAGE-SANTAMARIA Jacqueline	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
MASSIGNON Denis	Hématologie ; transfusion
RABODONIRINA Méja	Parasitologie et mycologie
VAN GANSE Éric	Pharmacologie fondamentale, clinique
VIART-FERBER Chantal	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS (1ère Classe)

BELOT Alexandre	Pédiatrie
BREVET Marie	Anatomie et cytologie pathologiques
CALLET-BAUCHU Evelyne	Hématologie ; transfusion
COURAUD Sébastien	Pneumologie
DECAUSSIN-PETRUCCI Myriam	Anatomie et cytologie pathologiques
DIJOUD Frédérique	Anatomie et cytologie pathologiques
DUMITRESCU BORNE Oana	Bactériologie-virologie
GISCARD D'ESTAING Sandrine	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
MILLAT Gilles	Biochimie et biologie moléculaire
PERROT Xavier	Physiologie
PONCET Delphine	Biochimie et biologie moléculaire
RASIGADE Jean-Philippe	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (2ème Classe)

BRUNEL SCHOLTES Caroline	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
COURY LUCAS Fabienne	Rhumatologie
DESESTRET Virginie	Cytologie et histologie
FRIGGERI Arnaud	Anesthésiologie
LEGA Jean-Christophe	Thérapeutique
LOPEZ Jonathan	Biochimie et biologie moléculaire
MAUDUIT Claire	Cytologie et histologie
MEWTON Nathan	Cardiologie
NOSBAUM Audrey	Immunologie
VUILLEROT Carole	Médecine physique et de réadaptation

COMBARNOUS
(CC BY-NC-ND 2.0)

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES – MEDECINE GENERALE

CHANELIERE Marc
PERDRIX Corinne

PROFESSEURS EMERITES

ANNAT Guy	Physiologie
BELLON Gabriel	Pédiatrie
BERLAND Michel	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
CARRET Jean-Paul	Anatomie - Chirurgie orthopédique
DALERY Jean	Psychiatrie d'adultes
FABRY Jacques	Epidémiologie
MOYEN Bernard	Chirurgie orthopédique
PACHECO Yves	Pneumologie
PERRIN Paul	Urologie

COMBARNOUS
(CC BY-NC-ND 2.0)

FACULTE DE MEDECINE LYON EST

Liste des enseignants 2015/2016

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS
(Classe exceptionnelle - échelon 2)

COCHAT Pierre	Pédiatrie
CORDIER Jean-François	Pneumologie ; addictologie
ETIENNE Jérôme	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
GOUILLAT Christian	Chirurgie digestive
GUERIN Jean-François	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
MAUGUIERE François	Neurologie
NINET Jacques	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
PHILIP Thierry	Cancérologie ; radiothérapie
RIVOIRE Michel	Cancérologie ; radiothérapie
RUDIGOZ René-Charles	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS
(Classe exceptionnelle - échelon 1)

BLAY Jean-Yves	Cancérologie ; radiothérapie
BORSON-CHAZOT Françoise	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
CLARIS Olivier	Pédiatrie
DENIS Philippe	Ophtalmologie
DISANT François	Oto-rhino-laryngologie
DOUEK Philippe	Radiologie et imagerie médicale
FINET Gérard	Cardiologie
GAUCHERAND Pascal	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
GUERIN Claude	Réanimation ; médecine d'urgence
LEHOT Jean-Jacques	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
LERMUSIAUX Patrick	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MARTIN Xavier	Urologie
MELLIER Georges	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
MICHALLET Mauricette	Hématologie ; transfusion
MIOSSEC Pierre	Immunologie
MOREL Yves	Biochimie et biologie moléculaire
MORNEX Jean-François	Pneumologie ; addictologie
MOULIN Philippe	Nutrition

COMBARNOUS
(CC BY-NC-ND 2.0)

NEYRET Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
NIGHOGHOSSIAN Norbert	Neurologie
NINET Jean	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
OBADIA Jean-François	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
OVIZE Michel	Physiologie
PONCHON Thierry	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PUGEAT Michel	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
REVEL Didier	Radiologie et imagerie médicale
RODE Gilles	Médecine physique et de réadaptation
TERRA Jean-Louis	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
THIVOLET-BEJUI Françoise	Anatomie et cytologie pathologiques
VANDENESCH François	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
ZOULIM Fabien	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS (1ère Classe)

ANDRE-FOUET Xavier	Cardiologie
BARTH Xavier	Chirurgie générale
BERTHEZENE Yves	Radiologie et imagerie médicale
BERTRAND Yves	Pédiatrie
BEZIAT Jean-Luc	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
BOILLOT Olivier	Chirurgie digestive
BRAYE Fabienne	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
BRETON Pierre	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
CHASSARD Dominique	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
CHEVALIER Philippe	Cardiologie
COLIN Cyrille	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
COLOMBEL Marc	Urologie
COTTIN Vincent	Pneumologie ; addictologie
D'AMATO Thierry	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
DELAHAYE François	Cardiologie
DEVOUASSOUX Mojgan	Anatomie et cytologie pathologiques
DI FILLIPO Sylvie	Cardiologie
DUCERF Christian	Chirurgie digestive
DUMONTET Charles	Hématologie ; transfusion
DURIEU Isabelle	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
EDERY Charles Patrick	Génétique
FAUVEL Jean-Pierre	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
GUENOT Marc	Neurochirurgie

COMBARNOUS
(CC BY-NC-ND 2.0)

GUEYFFIER François	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
GUIBAUD Laurent	Radiologie et imagerie médicale
HERZBERG Guillaume	Chirurgie orthopédique et traumatologique
HONNORAT Jérôme	Neurologie
KODJIKIAN Laurent	Ophtalmologie
KROLAK SALMON Pierre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
LACHAUX Alain	Pédiatrie
LINA Bruno	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MABRUT Jean-Yves	Chirurgie générale
MERTENS Patrick	Anatomie
MION François	Physiologie
MORELON Emmanuel	Néphrologie
MURE Pierre-Yves	Chirurgie infantile
NEGRIER Claude	Hématologie ; transfusion
NEGRIER Marie-Sylvie	Cancérologie ; radiothérapie
NICOLINO Marc	Pédiatrie
PICOT Stéphane	Parasitologie et mycologie
ROY Pascal	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
RUFFION Alain	Urologie
RYVLIN Philippe	Neurologie
SCHAEFFER Laurent	Biologie cellulaire
SCHEIBER Christian	Biophysique et médecine nucléaire
SCHOTT-PETHELAZ Anne-Marie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
TILIKETE Caroline	Physiologie
TRUY Eric	Oto-rhino-laryngologie
TURJMAN Francis	Radiologie et imagerie médicale
VALLEE Bernard	Anatomie
VANHEMS Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
VUKUSIC Sandra	Neurologie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (2ème Classe)

ALLAOUCHICHE Bernard	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
ARGAUD Laurent	Réanimation ; médecine d'urgence
AUBRUN Frédéric	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
BADET Lionel	Urologie
BESSEREAU Jean-Louis	Biologie cellulaire

COMBARNOUS
(CC BY-NC-ND 2.0)

BOUSSEL Loïc	Radiologie et imagerie médicale
CALENDER Alain	Génétique
CHAPURLAT Roland	Rhumatologie
CHARBOTEL Barbara	Médecine et santé au travail
CHENE Gautier	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
COTTON François	Radiologie et imagerie médicale
DARGAUD Yesim	Hématologie ; transfusion
DUBERNARD Gil	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
DUCRAY François	Neurologie
DUMORTIER Jérome	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
FANTON Laurent	Médecine légale
FAURE Michel	Dermato-vénéréologie
FELLAHI Jean-Luc	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
FERRY Tristan	Maladie infectieuses ; maladies tropicales
FOURNERET Pierre	Pédopsychiatrie ; addictologie
GILLET Yves	Pédiatrie
GIRARD Nicolas	Pneumologie
GLEIZAL Arnaud	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
GUYEN Olivier	Chirurgie orthopédique et traumatologique
HENAINE Roland	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
HOT Arnaud	Médecine interne
HUISSOUD Cyril	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
JACQUIN-COURTOIS Sophie	Médecine physique et de réadaptation
JANIER Marc	Biophysique et médecine nucléaire
JAVOUHEY Etienne	Pédiatrie
JUILLARD Laurent	Néphrologie
JULLIEN Denis	Dermato-vénéréologie
LEJEUNE Hervé	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
MERLE Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MICHEL Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MONNEUSE Olivier	Chirurgie générale
NATAF Serge	Cytologie et histologie
PERETTI Noël	Nutrition
PIGNAT Jean-Christian	Oto-rhino-laryngologie
PONCET Gilles	Chirurgie générale
RAVEROT Gérald	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
RAY-COQUARD Isabelle	Cancérologie ; radiothérapie
RICHARD Jean-Christophe	Réanimation ; médecine d'urgence

COMBARNOUS
(CC BY-NC-ND 2.0)

ROSSETTI Yves	Physiologie
ROUVIERE Olivier	Radiologie et imagerie médicale
SAOUD Mohamed	Psychiatrie d'adultes
SOUQUET Jean-Christophe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
THAUNAT Olivier	Néphrologie
THIBAULT Hélène	Physiologie
WATTEL Eric	Hématologie ; transfusion

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - MEDECINE GENERALE

LETRILLIART Laurent
MOREAU Alain

PROFESSEURS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

FLORI Marie
LAINE Xavier
ZERBIB Yves

PROFESSEURS EMERITES

BAVEREL Gabriel	Physiologie
BOZIO André	Cardiologie
CHAYVIALLE Jean-Alain	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
DALIGAND Liliane	Médecine légale et droit de la santé
DESCOTES Jacques	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique
DROZ Jean-Pierre	Cancérologie ; radiothérapie
FLORET Daniel	Pédiatrie
GHARIB Claude	Physiologie
NEIDHARDT Jean-Pierre	Anatomie
PETIT Paul	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
SINDOU Marc	Neurochirurgie
TOURAINE Jean-Louis	Néphrologie
TREPO Christian	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
TROUILLAS Jacqueline	Cytologie et histologie
VIALE Jean-Paul	Réanimation ; médecine d'urgence

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (Hors Classe)

BENCHAIB Mehdi	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
BRINGUIER Pierre-Paul	Cytologie et histologie
DUBOURG Laurence	Physiologie
GERMAIN Michèle	Physiologie

COMBARNOUS
(CC BY-NC-ND 2.0)

JARRAUD Sophie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
JOUVET Anne	Anatomie et cytologie pathologiques
LE BARS Didier	Biophysique et médecine nucléaire
NORMAND Jean-Claude	Médecine et santé au travail
PERSAT Florence	Parasitologie et mycologie
PHARABOZ-JOLY Marie-Odile	Biochimie et biologie moléculaire
PIATON Eric	Cytologie et histologie
RIGAL Dominique	Hématologie ; transfusion
SAPPEY-MARINIER Dominique	Biophysique et médecine nucléaire
STREICHENBERGER Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
TIMOUR-CHAH Quadiri	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
VOIGLIO Eric	Anatomie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS (1ère Classe)

ADER Florence	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
BARNOUD Raphaëlle	Anatomie et cytologie pathologiques
BONTEMPS Laurence	Biophysique et médecine nucléaire
CHALABREYSSE Lara	Anatomie et cytologie pathologiques
CHARRIERE Sybil	Nutrition
COLLARDEAU Frachon Sophie	Anatomie et cytologie pathologiques
COZON Grégoire	Immunologie
ESCURET Vanessa	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
HERVIEU Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
KOLOPP-SARDA Marie Nathalie	Immunologie
LESCA Gaëtan	Génétique
LUKASZEWICZ Anne-Claire	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
MAUCORT BOULCH Delphine	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MEYRONET David	Anatomie et cytologie pathologiques
PINA-JOMIR Géraldine	Biophysique et médecine nucléaire
PLOTTON Ingrid	Biochimie et biologie moléculaire
RABILLOUD Muriel	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
RITTER Jacques	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
ROMAN Sabine	Physiologie
TARDY GUIDOLLET Véronique	Biochimie et biologie moléculaire
TRISTAN Anne	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
VLAEMINCK-GUILLEM Virginie	Biochimie et biologie moléculaire

COMBARNOUS
(CC BY-NC-ND 2.0)

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (2ème Classe)

CASALEGNO Jean-Sébastien	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CONFAVREUX Cyrille	Rhumatologie
CURIE Aurore	Pédiatrie
DUCLOS Antoine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PHAN Alice	Dermato-vénéréologie
RHEIMS Sylvain	Neurologie
RIMMELE Thomas	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
SCHLUTH-BOLARD Caroline	Génétique
SIMONET Thomas	Biologie cellulaire
VASILJEVIC Alexandre	Anatomie et cytologie pathologiques
VENET Fabienne	Immunologie

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES – MEDECINE GENERALE

FARGE Thierry

FIGON Sophie

COMBARNOUS
(CC BY-NC-ND 2.0)

LE SERMENT D'HIPPOCRATE

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement la vie ni ne provoquerai délibérément la mort.

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé si j'y manque.

COMBARNOUS
(CC BY-NC-ND 2.0)

REMERCIEMENTS

Professeur Bergeret, je vous remercie de me faire l'honneur de présider ma thèse. Je tiens à vous témoigner ma profonde et respectueuse reconnaissance pour la confiance et la compréhension que vous m'avez accordées tout au long de ce travail, mais aussi pendant tout mon internat, me permettant ainsi de concilier vie étudiante et vie familiale dans les meilleures conditions. Votre expérience et votre sagesse force mon admiration et ont attisé mon goût pour la spécialité de médecine et santé au travail que je m'efforcerai d'exercer dans le respect des valeurs et connaissances que vous transmettez à tous vos internes.

Professeur Charbotel, Barbara, je te remercie pour ta disponibilité et ta patience tout au long de mon travail de thèse, pour m'avoir guidée dans ma rédaction avec, à tout moment, pertinence et pédagogie. Tes conseils et ton expérience ont été indispensables à ce travail, mais également lors de mes stages dans le service, et restent des références indispensables à ma pratique actuelle et future de notre spécialité. Je te prie de croire en mon admiration et ma sincère reconnaissance.

Docteur Gonnaud, vos précieux conseils et votre avis d'expert ont été déterminants dans la réalisation de ma thèse. Je tiens à vous remercier pour votre pédagogie et votre gentillesse que j'ai pu estimer au cours des consultations Epilepsie et Travail, lors de l'élaboration de mon recueil de données et enfin lors de l'analyse et l'interprétation des résultats statistiques.

Professeur Mauguière, je suis très honorée que vous ayez accepté de faire partie de mon jury de thèse, me permettant ainsi de partager votre expérience et vos connaissances durant ma soutenance. Soyez assuré de ma reconnaissance et de mon profond respect.

Je remercie les chefs des services hospitaliers et des services de santé au travail, qui m'ont accueillie en tant qu'interne, formée et ont permis la concrétisation de mes souhaits professionnels dans la vaste discipline qu'est la médecine.

Je tiens également à témoigner ma reconnaissance aux médecins tuteurs de chacun de ces services qui m'ont guidée, soutenue et ont partagé sans retenue leur savoir et expériences professionnelles.

Merci à toutes les autres personnes rencontrées au cours des stages de mon internat qui ont enrichi mon parcours et mes connaissances.

COMBARNOUS
(CC BY-NC-ND 2.0)

Merci à toute ma famille,

A Thomas, mon conjoint, partenaire de vie, futur mari et père de nos deux adorables enfants. Merci pour ta patience et ta compréhension durant ces 10 années d'études de médecine, merci pour ton aide et ton soutien durant ce travail de thèse. Merci d'être là.

A ma maman et mes grands-parents, pour votre soutien, votre inconditionnelle confiance et votre amour.

A ma sœur, à mon frère que j'embrasse.

A François, Dominique et mes cousins, pour votre présence à tous nos évènements de vie importants, votre bienveillance et votre générosité.

A mes beaux-parents pour votre disponibilité, vos encouragements et vos conseils.

Merci à mes amis,

A Camille, mon amie de toujours, ma cancérologue préférée. Merci d'être toujours présente aux moments importants et d'être marraine de ma fille, merci pour elle.

A Florent, mon complice d'internat, mon premier ami de Lyon. Heureusement que nous nous sommes rencontrés, il aurait manqué un parrain à mon fils sinon.

A Pauline et Manu et leurs beaux jumeaux, les meilleurs voisins jamais rencontrés, désormais amis et confidents, également intégrés à notre famille par le biais du baptême civil. Merci d'avoir accepté, merci pour lui.

A Amélie, Nico et Lilou. A nos week-ends, nos barbecues, nos jeux. Merci pour votre bonne humeur, votre entrain et bien sûr votre soutien, indispensables pendant cette période de travail soutenu.

A Elodie, heureuse rencontre de mon stage aux urgences, merci pour ta douceur, tes attentions. Ton parcours force l'admiration. Je te souhaite beaucoup de bonheur avec ta jolie famille.

Merci à mes collègues du service BTP Santé au travail, médecins, infirmiers, préventeurs, assistantes et internes, merci pour votre accueil, pour vos conseils, partages d'expériences professionnelles et autres. Un merci tout particulier à Marie-Françoise pour ton soutien indéfectible lors de ces longues soirées d'hiver dans les locaux tout vides et noirs.

Merci à tous les autres, nombreux, que je n'ai pas cités, ils se reconnaîtront. La page est trop courte, mais pas mon amitié, ni le plaisir de partager avec vous d'autres moments de vie.

COMBARNOUS
(CC BY-NC-ND 2.0)

TABLE DES MATIERES

LISTE DE L'UNIVERSITE CLAUDE BERNARD – LYON 1 1
LISTE DES PROFESSEURS DE LA FACULTE DE MEDECINE ET DE MAIEUTIQUE LYON SUD-CHARLES MERIEUX 2
LISTE DES PROFESSEURS DE LA FACULTE DE MEDECINE LYON EST 7

LE SERMENT D'HIPPOCRATE 14

REMERCIEMENTS 15

INTRODUCTION 21

1 DEFINITION ET FREQUENCE 22

1.1 Une définition unique pour une maladie aux expressions multiples 22
1.2 Une maladie fréquente mais peu connue 22

2 EMPLOYABILITE DANS LE CONTEXTE SOCIO-ECONOMIQUE ACTUEL ET ASPECTS REGLEMENTAIRES 23

2.1 L'emploi, un domaine de qualité de vie très touché dans l'épilepsie 23
2.2 Un contexte de compétitivité de plus en plus âpre 23
2.3 Un parcours de formation parfois chaotique s'ajoutant au sous-emploi 24
2.4 La conduite, un outil d'autonomie très règlementé 24
2.5 Les professions interdites ou non recommandées 26

3 ELEMENTS CLINIQUES ET THERAPEUTIQUES INFLUANT SUR L'INSERTION PROFESSIONNELLE 27

3.1 La fréquence et le contrôle des crises, l'âge de début de la maladie 27
3.2 L'importance du bon choix du traitement antiépileptique 27
3.3 L'impact des troubles cognitifs et comorbidités psychiatriques 28

4 INFLUENCE ET EVOLUTION DU REGARD DES AUTRES SUR L'EPILEPSIE 30

4.1 La stigmatisation, un frein à l'emploi spécifique à l'épilepsie 30
4.2 Les croyances et craintes des PSE liées à l'emploi – La problématique de la divulgation 31

5 OBJECTIFS DE L'ETUDE 33

COMBARNOUS
(CC BY-NC-ND 2.0)

MATERIEL ET METHODES **34**

1 MATERIEL : DOSSIERS DE LA CONSULTATION EPILEPSIE ET TRAVAIL **35**

1.1 Présentation de la consultation Epilepsie et Travail 35

1.2 Composition des dossiers des patients 36

2 METHODES : RECUEIL ET ANALYSE DES DONNEES **38**

2.1 Constitution de l'échantillon 38

2.2 Constitution de la base de données à partir de la lecture rétrospective des dossiers des patients 38

2.2.1 Recueil des caractéristiques socioprofessionnelles 39

2.2.2 Recueil des caractéristiques de la maladie et son traitement 40

2.2.3 Recueil des conclusions de la consultation et du suivi IDEO 41

2.3 Analyse des données 42

2.3.1 Méthodologie statistique 42

2.3.2 Description générale de l'échantillon 43

2.3.3 Analyse selon la phénoménologie épileptique 43

2.3.4 Analyse selon le statut professionnel 44

2.3.5 Analyse selon l'avis rendu en fin de consultation 44

RESULTATS **45**

1 DESCRIPTION GENERALE DE L'ECHANTILLON **46**

1.1 Caractéristiques socioprofessionnelles 46

1.1.1 Répartition par sexe, âge et statut familial 46

1.1.2 Formation et statut professionnel 47

1.2 Caractéristiques de l'épilepsie 51

1.2.1 Caractéristiques de la maladie 51

1.2.2 Caractéristiques des crises 54

1.2.3 Comorbidités 56

1.2.4 Contrôle de la maladie, suivi neurologique et traitements 57

1.3 Consultation et suites de prise en charge 59

1.3.1 Fonction des personnes adressant les patients et motifs de consultation 59

COMBARNOUS
(CC BY-NC-ND 2.0)

1.3.2 Conclusions à l'issue de la consultation....60
1.3.3 Suivi IDEO....65

2 ANALYSE SELON LA PHENOMENOLOGIE EPILEPTIQUE....67

2.1 Caractéristiques sociodémographiques....67
2.2 Contrôle de la maladie....69
2.3 Caractéristiques professionnelles....70
2.3.1 Statut professionnel....70
2.3.2 Niveau de formation et permis de conduire....71
2.4 Consultation et suites de prise en charge....72
2.4.1 Motifs de consultation et avis sur l'aptitude....72
2.4.2 Préconisations, orientations et prescriptions....73
2.4.3 Suivi IDEO....75

3 ANALYSE SELON LE STATUT PROFESSIONNEL....76

3.1 Caractéristiques socioprofessionnelles....76
3.1.1 Caractéristiques sociodémographiques....76
3.1.2 Niveau de formation et permis de conduire....77
3.2 Caractéristiques de l'épilepsie....78
3.2.1 Caractéristiques épileptologiques....78
3.2.2 Comorbidités....79
3.2.3 Contrôle de la maladie et traitements....80
3.3 Avis sur l'aptitude et suites de prise en charge....81

4 ANALYSE SELON L'AVIS DONNE EN FIN DE CONSULTATION....83

4.1 Caractéristiques socioprofessionnelles....83
4.1.1 Caractéristiques sociodémographiques....83
4.1.2 Niveau de formation....84
4.2 Caractéristiques de l'épilepsie....85
4.2.1 Caractéristiques épileptologiques....85
4.2.2 Comorbidités....86
4.2.3 Contrôle de la maladie et traitements....87

COMBARNOUS
(CC BY-NC-ND 2.0)

DISCUSSION **88**

1 LIMITES DE L'ETUDE **89**

1.1 Sélection de l'échantillon 89

1.2 Recueil et interprétation des données 90

2 ANALYSE DES RESULTATS **91**

2.1 Description générale 91

2.1.1 Caractéristiques socioprofessionnelles 91

2.1.2 Caractéristiques épileptologiques 93

2.1.3 Consultations et suites de prise en charge 95

2.2 Analyse selon la phénoménologie épileptique 96

2.3 Analyse selon le statut professionnel 99

2.4 Analyse selon l'avis donné en fin de consultation 102

CONCLUSIONS **104**

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES 107

ANNEXE 1 : Fiche d'anamnèse remplie par le neurologue au cours de la consultation Epilepsie et Travail 110

ANNEXE 2 : Conclusions signées par le Président du Comité de Coordination des Etudes Médicales pour le Président de l'Université, le Doyen de la Faculté de Médecine Lyon-Est et le Président de la thèse 115

COMBARNOUS
(CC BY-NC-ND 2.0)

INTRODUCTION

COMBARNOUS
(CC BY-NC-ND 2.0)

1 DEFINITION ET FREQUENCE

1.1 Une définition unique pour une maladie aux expressions multiples

L'épilepsie est définie par la ligue internationale contre l'épilepsie (ILAE) comme un trouble cérébral caractérisé par une prédisposition durable à générer des crises épileptiques et par ses conséquences neurobiologiques, cognitives, psychologiques et sociales. La définition de l'épilepsie requiert la survenue d'au moins une crise épileptique (1). Le type de crises diffère selon la localisation des décharges cérébrales, ce qui rend son expression très variée. La maladie épileptique est le plus communément associée à la crise généralisée type *grand mal* ; les autres types généralisés comme les absences ou les myoclonies et les crises partielles sont peu connues du grand public (2).

1.2 Une maladie fréquente mais peu connue

L'épilepsie est une pathologie méconnue, ayant toujours suscité de la crainte et de la stigmatisation. Elle est cependant très fréquente ; d'après les données récentes de l'OMS, elle concerne près de 50 millions de personnes dans le monde, soit une proportion de personnes souffrant d'épilepsie (PSE) évolutive de 4 à 10 pour 1000 individus. En France, 500 000 personnes dont 90 000 enfants et adolescents sont touchés (3). Sa particularité tient au fait qu'elle n'est visible que lors des crises – on parle de maladie *cachée* - mais la survenue de celles-ci, le plus souvent imprévisible et parfois spectaculaire, impressionne et dérange, laissant souvent les témoins, non habitués ou non informés, impuissants et désarmés face à l'évènement (4).

COMBARNOUS
(CC BY-NC-ND 2.0)

2 EMPLOYABILITE DANS LE CONTEXTE SOCIO-ECONOMIQUE ACTUEL ET ASPECTS REGLEMENTAIRES

2.1 L'emploi, un domaine de qualité de vie très touché dans l'épilepsie

Un facteur essentiel de qualité de vie rapporté par les PSE est l'emploi (5). Or parmi les PSE en âge de travailler, les taux d'emploi recueillis dans les études européennes sont très souvent inférieurs à ceux de la population générale (6–9). De même pour les taux de chômage, nombre d'études rapportent des pourcentages plus importants que ceux de la population générale, de légèrement plus élevés (10) à deux fois plus élevés (11–13). Les chiffres sont variables d'une étude à l'autre, d'une part parce que les PSE cachent leur maladie par peur de la stigmatisation ce qui rend quasi impossible la détermination du pourcentage exact de chômeurs dans cette population, d'autre part du fait de la grande hétérogénéité de la maladie, les échantillons de patients étant alors peu comparables d'une étude à l'autre (4).

2.2 Un contexte de compétitivité de plus en plus âpre

Le climat socio-économique s'est beaucoup fragilisé ces dernières années. Nous assistons à une précarisation de l'emploi avec des contrats à durée indéterminée plus rares, plus difficiles à obtenir, notamment pour les emplois de faible qualification. Le grand nombre de candidats et les critères de recrutement de plus en plus sélectifs rendent la recherche d'emploi très compétitive dans un système économique de plus en plus concurrentiel. Les longues carrières dans une même entreprise ne sont donc plus la règle, nécessitant de grandes capacités d'adaptation et de valorisation de sa personne, éléments pouvant faire défaut à certaines PSE en difficulté (4). L'employabilité fait référence à ces compétences, elle est définie par l'Organisation Internationale du Travail (OIT) comme « l'aptitude de chacun à trouver et conserver un emploi, à progresser au travail et à s'adapter au changement tout au long de la vie professionnelle ». L'instabilité et les exigences de performance du monde du travail actuel sont autant d'obstacles se surajoutant et exacerbant les difficultés d'intégration socioprofessionnelle des PSE.

COMBARNOUS
(CC BY-NC-ND 2.0)

2.3 Un parcours de formation parfois chaotique s'ajoutant au sous-emploi

Alors que la rareté de l'emploi dans de nombreux domaines entraîne fréquemment une surqualification des personnes postulant aux offres de travail, accentuant ainsi la compétitivité de la recherche d'emploi, les études montrent que le niveau de scolarité des PSE est globalement plus faible comparé à la population générale (12,14). La formation des jeunes épileptiques peut être limitée par des difficultés d'acceptation de leur handicap en milieu scolaire, mais aussi par la non-reconnaissance des difficultés cognitives parfois associées à la maladie. Ceci aboutit à une perte de chance de leur insertion future dans le monde du travail, le niveau de scolarité étant directement lié au statut professionnel ; plusieurs études montrent que les PSE chômeurs ont des niveaux de scolarité plus faibles que les patients employés (10) et que celles ayant un niveau d'études secondaires ont entre 1,5 et 2 fois plus de chances de trouver un emploi (15,16).

Les PSE sont en outre plus touchées par le sous-emploi que la population générale, c'est-à-dire, pour un niveau de compétence équivalent à d'autres salariés non atteints d'épilepsie, ils sont employés à des postes de qualification plus faible (7). La stigmatisation, dont fait l'objet l'épilepsie dans le milieu professionnel, et le sentiment d'estime de soi souvent altéré chez les PSE, affectent très probablement l'aptitude à se valoriser lors d'un entretien d'embauche et participent certainement à ce sous-emploi. Inversement, l'éducation et les années de scolarité semblent être négativement corrélées au sentiment de stigmatisation (2,17) et à la bonne image de soi.

2.4 La conduite, un outil d'autonomie très règlementé

La conduite automobile est intimement liée au sentiment d'autonomie et d'indépendance et retentit directement sur l'accès à l'école, à l'emploi et aux activités sociales. Une enquête américaine interrogeant plus de 1000 patients atteints d'épilepsie montre que, pour plus d'un sujet sur 10 (10,9%), être restreint sur la conduite en raison des crises est la plus grande limite susceptible de leur être imposée concernant leur mode de vie (18,19).

La législation sur le permis de conduire a évolué récemment et s'est durcie, notamment pour les poids lourds et les véhicules de transports de personnes, la notion

COMBARNOUS
(CC BY-NC-ND 2.0)

d'épilepsie stabilisée sous traitement n'étant plus reconnue dans la nouvelle règlementation européenne. L'arrêté du 21 décembre 2005 a été modifié par l'arrêté du 31 août 2010 qui a harmonisé les textes relatifs au permis de conduire au niveau européen. Pour le groupe 1 (véhicules légers), des délais de 6 mois sans crise après une crise unique et de 1 an pour une épilepsie déclarée (c'est-à-dire deux crises épileptiques ou plus non provoquées au cours d'une période de 5 ans) sont requis pour valider son permis de conduire. Pour le groupe 2 (poids lourds et véhicules de transports de personnes), les délais sont de 5 ans sans crise et sans traitement dans le cas d'une crise unique et de 10 ans sans crise et sans traitement pour les patients souffrant d'épilepsie déclarée. Ces délais peuvent être raccourcis sous certaines conditions cliniques et électro-encéphalographiques précises. L'aptitude à la conduite est délivrée pour une période limitée dans le temps le plus souvent pour le groupe 1, systématiquement pour le groupe 2.

Ces restrictions concernant l'épilepsie sont sévères comparées à d'autres maladies comme le diabète sucré, les maladies cardiovasculaires et la maladie mentale qui ont des risques relatifs semblables ou plus élevés pour les accidents de véhicules à moteur (11,19). Ces recommandations très limitatives participent probablement à la sous-déclaration de l'épilepsie à la CMPC (Commission médicale préfectorale des permis de conduire) par les patients. Les restrictions sur la conduite privée d'un véhicule à moteur sont moins sévères aux Etats-Unis avec un intervalle de 3 mois sans crise pour pouvoir conduire. Il existe des exemptions spéciales pour les sujets ayant des crises purement nocturnes, ceux présentant un événement isolé en raison d'un changement de médicament ou d'une maladie aiguë, ou encore ceux ayant les crises partielles simples n'affectant pas la conduite ou une aura cohérente et prolongée. L'autre différence porte sur la déclaration de l'épilepsie aux autorités de conduite, qui est faite par le médecin traitant et non par la PSE comme en France (19).

Le rôle du neurologue traitant et du médecin du travail est essentiel pour informer les PSE de la nécessité de faire valider leur permis de conduire auprès de la CMPC, en rappelant aux moins compliants le caractère dangereux de la conduite lorsque l'épilepsie est active, et illégal si le permis n'est pas validé, ainsi que la non-couverture par les assurances en cas d'accident (19). Une vigilance particulière doit également être portée sur le traitement médicamenteux. Les antiépileptiques, dont le but est de contrôler les crises, peuvent aussi être à l'origine d'effets secondaires affectant l'aptitude à conduire comme une vision floue ou double, une fatigue, voire des tremblements (19).

COMBARNOUS
(CC BY-NC-ND 2.0)

L'aptitude à la conduite est un élément-clé de la qualité de vie des PSE, qu'elle soit privée ou professionnelle, impactant notablement l'insertion professionnelle ; elle est soumise à une règlementation stricte dont il faut informer les patients et doit être systématiquement évaluée dans toute procédure d'accompagnement à la recherche ou au maintien dans l'emploi.

2.5 Les professions interdites ou non recommandées

Il existe un certain nombre de secteurs d'activité professionnelle dont l'accès est règlementé le plus souvent pour des raisons de sécurité et que les patients et leur entourage doivent connaître afin notamment d'éviter des erreurs d'orientation professionnelle chez les jeunes PSE, sources de déception et de perte de temps. Ces professions « interdites » concernent de façon non exhaustive les postes avec port d'armes, avec conduite d'engins, de poids lourds et de train, les professions de l'aviation civile, de la marine et de l'éducation nationale, les postes soumis aux rayonnements ionisants et les plongeurs.

Le médecin du travail sera par ailleurs particulièrement vigilant lors de la délivrance de son avis d'aptitude pour les postes dans lesquels des machines dangereuses sont utilisées, le travail en hauteur est fréquent, de grands déplacements en voiture sont nécessaires ou les horaires sont susceptibles de perturber le sommeil, Ces dernières professions sont à déconseiller aux jeunes PSE en cours d'orientation professionnelle, le risque d'inaptitude, voire d'accident, étant trop grand en cas de déséquilibre de la maladie.

COMBARNOUS
(CC BY-NC-ND 2.0)

3 ELEMENTS CLINIQUES ET THERAPEUTIQUES INFLUANT SUR L'INSERTION PROFESSIONNELLE

3.1 La fréquence et le contrôle des crises, l'âge de début de la maladie

La relation entre les variables cliniques et la situation d'emploi a fait l'objet de nombreuses études, mettant en évidence l'impact de la fréquence des crises, intimement liée au contrôle de la maladie, sur l'accès, le maintien ou le niveau de qualification de l'emploi (4). Une vaste étude cas-témoins montre que les patients ayant une crise ou moins par an sont 1,85 fois plus souvent en emploi que ceux ayant plusieurs crises par an ([IC 95% : 1,34-2,56]) (15). De la même façon, le taux de chômage est plus élevé chez les PSE ayant eu au moins une crise au cours des 12 derniers mois, comparativement à celles qui sont libres de crise (27% vs 19% ; p=0,044) (13). Il est deux fois plus élevé chez les personnes ayant une épilepsie réfractaire d'après l'article de Marinas et al. (16,8% vs 8,6% ; p=0,0012) (10).

Cette dernière étude montre également une différence des taux de chômage selon l'âge de début de la maladie : 20,6% des patients ayant développé leur maladie avant l'âge de 10 ans sont sans emploi, contre moins de 10% pour les épilepsies plus tardives (10). Ce résultat peut laisser supposer que plus l'épilepsie débute tôt dans la vie, plus elle risque d'impacter la formation, puis l'intégration professionnelle (4), mais il est controversé par d'autres auteurs ne trouvant pas de lien significatif entre l'âge de la première crise et l'emploi ou la qualité de vie des PSE (15,20–22).

3.2 L'importance du bon choix du traitement antiépileptique

Le nombre de médicaments antiépileptiques disponibles a significativement augmenté ces dernières années, mettant à disposition du prescripteur un plus large choix de molécules, dont certaines semblent mieux tolérées. Par ailleurs, de plus en plus de PSE se révèlent éligibles à un traitement chirurgical qui permet de diminuer ou de supprimer crises et/ou médicaments. Ces progrès thérapeutiques ont amélioré le vécu de la maladie de nombreuses PSE et probablement favorisé l'insertion socioprofessionnelle de certaines, mais l'impact sur le taux d'emploi n'est pas toujours démontré (4,23). L'accès au traitement chirurgical est encore insuffisant comme le souligne le CNE (Comité National pour

COMBARNOUS
(CC BY-NC-ND 2.0)

l'Epilepsie) dans sa synthèse de mars 2011 ; actuellement proposée à moins de 300 patients par an, plusieurs dizaines de milliers de PSE seraient des candidats potentiels, avec des listes d'attente de plus d'un an.

Deux facteurs apparaissent essentiels pour les PSE dans le choix de la thérapie médicamenteuse : le nombre de médicaments constituant leur traitement et la présence d'effets secondaires (4). L'impact de la polythérapie sur l'emploi a été démontré par une étude allemande évaluant la qualité de vie et le statut professionnel des PSE selon le nombre et les molécules utilisées. Les auteurs observent un taux d'emploi chez les PSE traitées par deux médicaments ou moins (58,7%) presque deux fois supérieur à celui du groupe traité par plus de deux médicaments (32,5%) (23). On note que cette étude n'a pas mis en évidence de différence entre les patients prenant de « nouvelles » molécules antiépileptiques et ceux ayant un traitement à base de molécules « classiques ».

Plus de la moitié des PSE prenant des antiépileptiques connaît ou a connu un effet secondaire de son traitement (20). Bien que leur appréhension et leur vécu soient très variables d'un individu à l'autre, les évènements iatrogènes médicamenteux font partie, d'après les patients, des facteurs les plus importants à prendre en compte lors de la prescription, avec l'efficacité sur la fréquence des crises et le schéma posologique le mieux adapté à leur mode de vie (24). L'étude de Fischer et al. a également permis de classer les effets indésirables des antiépileptiques par ordre de gravité ressentie, les premiers de cette liste étant les troubles cognitifs suivis par la fatigue, la diminution du rendement scolaire, les problèmes de procréation, de coordination et enfin de fonction sexuelle.

L'impact du traitement médicamenteux sur l'insertion socioprofessionnelle des PSE n'est donc pas négligeable. La fonction de prescripteur dévolue aux neurologues prend alors toute son importance et on en comprend toute la complexité pour une maladie ayant une présentation aussi diverse que l'épilepsie (4).

3.3 L'impact des troubles cognitifs et comorbidités psychiatriques

Les taux de PSE souffrant de troubles cognitifs ou de comorbidités psychiatriques sont bien plus importants que ceux de la population générale. Une récente revue de la littérature révèlent qu'entre 16 et 50% des PSE seraient touchées par un certain degré de dysfonctionnement cognitif contre 0,9% de la population générale (11). De la même façon,

COMBARNOUS
(CC BY-NC-ND 2.0)

les prévalences de la dépression et de l'anxiété sont respectivement 4,8 fois et 3,2 fois supérieures à celles de la population australienne dans l'étude de Peterson et al. (25). Alors que les troubles psychiatriques sont dominés par l'anxiété et la dépression, les troubles cognitifs recouvrent un éventail de déficits de gravité très variable, les plus souvent rapportés étant les troubles de mémoire et les déficits d'attention et de concentration (4).

Dues à la maladie épileptique elle-même ou au traitement médicamenteux, les comorbidités neuropsychologiques et psychiatriques sont fortement corrélées à l'intégration socioprofessionnelle des PSE (11,16,26). De façon évidente, la présence d'un de ces troubles perturbe le parcours de formation de la PSE, peut altérer sa confiance en elle et ses capacités d'adaptation, retentissant ainsi négativement sur son employabilité. D'autre part, la stigmatisation générée par ces comorbidités auprès des employeurs et du grand public peut porter préjudice à toutes les PSE, mêmes si celles-ci ne sont pas touchées par ce type de trouble (4). Les capacités intellectuelles et les performances de travail des PSE sont ainsi parfois remises en cause, un amalgame entre épilepsie et troubles psychiatriques peut également en découler, or il a été démontré que, sans troubles du comportement ni troubles mentaux, une PSE travaille avec la même efficacité qu'une personne non épileptique (27). Ces multiples difficultés d'insertion, les autres conséquences psychosociales de la stigmatisation, le manque de soutien social, une limitation des activités par les crises, peuvent être eux-mêmes à l'origine de dépression ou de troubles anxieux (25,28), l'intrication entre ces divers facteurs étant le reflet de la complexité des situations rencontrées lors de l'accompagnement de PSE en difficulté.

COMBARNOUS
(CC BY-NC-ND 2.0)

4 INFLUENCE ET EVOLUTION DU REGARD DES AUTRES SUR L'EPILEPSIE

4.1 La stigmatisation, un frein à l'emploi spécifique à l'épilepsie

L'épilepsie est une pathologie mal connue du grand public. L'ignorance autour de cette maladie, pourtant relativement fréquente, est source de stigmatisation et de préjugés particulièrement ancrés par rapport à d'autres maladies chroniques. Parmi les croyances les plus aberrantes circulant sur l'épilepsie, on retrouve le fait qu'il s'agirait d'une maladie mentale (2,29–33), qu'il existerait un risque de contagion (29,34), que les PSE aurait un caractère agressif, une propension à la violence, voire une tendance antisociale (29,35).

Les expériences discriminatoires rapportées par les PSE ont lieu le plus souvent dans un contexte professionnel (36). Une étude menée à partir d'une liste de 10 maladies chroniques dont l'épilepsie, a montré que les employeurs préfèreraient embaucher une personne atteinte d'un cancer en rémission, d'une dépression, de problèmes cardiaques, du SIDA ou d'un léger retard mental plutôt qu'une PSE (29). Les termes utilisés pour désigner l'épilepsie, comme « état épileptique » ou « trouble convulsif », impactent significativement l'attitude des employeurs ; ces termes, moins familiers, aggravent encore la discrimination liée à la méconnaissance de la maladie. La principale crainte des employeurs concernant l'embauche d'une PSE est la sécurité, souvent basée sur une connaissance erronée des risques réels liés à l'épilepsie et entraînant la mise en place de mesures professionnelles parfois trop restrictives à l'égard des PSE. D'autres préoccupations sont avancées par les employeurs comme l'absentéisme, la gêne des autres employés s'ils étaient témoins d'une crise, l'augmentation des coûts d'assurance responsabilité civile, la perturbation du travail dans l'entreprise (27). Selon une étude polonaise, il y aurait près de 75% de salariés se disant ne pas être gênées par le fait d'avoir un collègue épileptique, soit une personne sur quatre ne souhaitant pas répondre ou étant clairement gênée par cette situation (15). Les auteurs révèlent également que les personnes montrant le moins de disposition à travailler avec une PSE sont globalement d'un âge supérieur à 60 ans et d'un niveau d'éducation bas.

Comme cela est proposé par de nombreux auteurs pour réduire la discrimination des PSE et favoriser leur employabilité, l'éducation du grand public sur l'épilepsie apparait essentielle à une meilleure compréhension de la maladie pour combattre les préjugés (6,14,15). Dans de nombreux pays, la législation a évolué dans les années 1990, condamnant

COMBARNOUS
(CC BY-NC-ND 2.0)

la discrimination des personnes handicapées, avec la loi ADA (Americans with Disabilities Act) aux Etats-Unis en 1990, son homologue britannique (Disability Discrimination Act) en 1995 ou la LSE allemande (Law on Support of Employment) en 1996. Ceci a participé à modifier positivement le regard sur le handicap. Ces changements, bien que dans une moindre mesure, ont également été observés pour l'épilepsie et on peut espérer la progression du recul de la stigmatisation liée à cette pathologie notamment par la diffusion de campagnes d'information (4,27).

4.2 Les croyances et craintes des PSE liées à l'emploi – La problématique de la divulgation

La première crainte exprimée par les PSE est la peur d'avoir une crise : son caractère soudain et imprévisible donne une sensation de perte de contrôle à la PSE et la crise se révèle très stigmatisante quand elle survient dans un lieu public (4). Les autres préoccupations liées à l'impact de la maladie sont les limitations de la vie quotidienne avec les restrictions sur la conduite au premier plan (4,18). Ces inquiétudes sont nettement plus présentes chez les patients n'ayant pas d'activité professionnelle. Il a été montré que les PSE sans emploi ont plus de fausses croyances alimentant leurs préoccupations, concernant l'impact des crises, leur sécurité et celles des autres, et altérant leur image d'elle-même, les faisant douter de leurs capacités à utiliser les transports ou à respecter la ponctualité par exemple. Ces patients considèrent souvent que le fait de travailler est une condition nécessaire pour être *normal* et une condition suffisante pour être autonome, négligeant toutes les autres formes d'insertion sociale (4,37).

La stigmatisation professionnelle, réelle et crainte par les PSE, les pousse à se questionner sur la nécessité et la pertinence de divulguer leur pathologie à leur employeur (35,38–40), par peur d'un refus d'embauche, malheureusement encore fréquents (36), de mauvais traitements de la part des collègues ou de la hiérarchie, d'une rétrogradation, voire de perdre leur emploi (15). Il n'y a pas de consensus à ce sujet. Alors que les sujets non-épileptiques de plusieurs études, aussi bien employeurs, salariés ou neurologues, considèrent la non-divulgation de l'épilepsie à l'embauche comme un mensonge, même après une longue période de rémission (4,15,27,41), un sondage new-yorkais auprès de travailleurs non-épileptiques révèle qu'ils considèrent comme risqué de divulguer sa maladie avant la prise d'un nouveau poste (38). Les 2 études de Bishop et Allen vont dans ce

COMBARNOUS
(CC BY-NC-ND 2.0)

sens : la première indiquant que plus de la moitié des volontaires de la fondation « The Epilepsy Foundation of America » conseille aux patients de communiquer sur leur maladie après avoir été embauchés (29); la seconde révélant que des employeurs et des responsables des ressources humaines eux-mêmes recommandaient de ne pas évoquer l'épilepsie dans une lettre de motivation, sans néanmoins se prononcer sur la divulgation lors de l'entretien d'embauche (40).

COMBARNOUS
(CC BY-NC-ND 2.0)

5 OBJECTIFS DE L'ETUDE

L'employabilité des PSE dépend d'un grand nombre de facteurs présents à des degrés différents chez chaque individu et souvent intriqués chez un même patient. L'objectif des consultations pluriprofessionnelles organisées dans différentes villes françaises est une prise en charge globale cherchant couvrir la majorité de ces facteurs.

A partir de l'analyse rétrospective de 142 dossiers médicaux de patients ayant été vus à la consultation Epilepsie et Travail du centre hospitalier Lyon Sud entre janvier 2011 et juin 2012, nous avons cherché à mettre en évidence et hiérarchiser les facteurs d'employabilité de ces patients recueillis par le neurologue et le médecin du travail au cours la consultation. De manière plus ciblée, nous nous sommes également interrogés sur l'impact de la phénoménologie épileptique dans le parcours socioprofessionnel des PSE, ainsi que sur l'existence de caractéristiques épileptologiques et socioprofessionnelles potentiellement liées au statut professionnel ou à l'avis sur l'aptitude du neurologue et du médecin du travail de la consultation.

COMBARNOUS
(CC BY-NC-ND 2.0)

MATERIEL ET METHODES

COMBARNOUS
(CC BY-NC-ND 2.0)

1 MATERIEL : DOSSIERS DE LA CONSULTATION EPILEPSIE ET TRAVAIL

1.1 Présentation de la consultation Epilepsie et Travail

Le recueil de données réalisé pour ce travail de thèse est rétrospectif et porte sur 142 dossiers de patients vus à la consultation Epilepsie et Travail entre janvier 2011 et juin 2012. Cette consultation a lieu tous les jeudi matin au centre hospitalier Lyon Sud dans le service de pathologies professionnelles du Professeur Bergeret. Elle permet aux personnes souffrant d'épilepsie (PSE) de rencontrer en une unité de lieu et de temps un neurologue, un médecin du travail et un membre de l'association IDEO, organisme d'accompagnement dans l'emploi. Au début de chaque consultation, chaque membre se présente par son nom et sa fonction, le patient explique ainsi sa maladie et sa problématique devant les médecins et les partenaires IDEO dans le respect du secret médical.

Les patients sont le plus souvent adressés par un confrère médecin (neurologue, médecin du travail, médecin scolaire…) ou par l'association IDEO, le motif de consultation étant une problématique professionnelle liée à leur épilepsie concernant la recherche, l'orientation, l'accès ou le maintien dans l'emploi. Le médecin du travail et le neurologue vont compléter l'exposé du patient par un interrogatoire précis leur permettant de recueillir les éléments nécessaires pour tenter de répondre à la problématique du patient et l'orienter dans son parcours professionnel. Les PSE les plus en difficulté et nécessitant une aide pour la recherche ou le maintien dans l'emploi sont prises en charge à l'issue de la consultation par l'association IDEO pour un suivi personnalisé allant de l'aide dans la rédaction d'un curriculum vitae ou dans les démarches administratives à des interventions de sensibilisation en entreprise. Jusqu'en juin 2012, l'association IDEO était le seul partenaire assurant ce suivi à l'issue de la consultation Epilepsie et Travail ; à cette époque, tous les patients de la consultation, actifs ou en recherche d'emploi, pouvaient bénéficier de cette aide si leur situation le nécessitait. Désormais, une autre structure d'aide à l'emploi partage cette activité avec IDEO et la prise en charge, devenue collective, est destinée uniquement aux personnes sans emploi.

Les conclusions de la consultation comme l'avis sur l'aptitude ou les conseils d'orientation professionnelle sont rendues après concertation du neurologue et du médecin du travail en présence du patient et du partenaire IDEO. Nous précisons que ces avis sur

COMBARNOUS
(CC BY-NC-ND 2.0)

l'aptitude des patients à un poste ou à une activité sont des préconisations et n'ont pas la valeur d'une fiche d'aptitude rendue par le médecin du travail ; elles servent d'avis d'experts aidant et orientant la personne adressant le patient dans sa décision finale. C'est pourquoi nous parlerons d'avis « sur » l'aptitude et non d'avis d'aptitude. Un courrier est dicté à l'attention de la personne ayant adressé le patient et au patient, résumant l'histoire de la maladie, la situation professionnelle, l'avis sur l'aptitude s'il y a lieu et les conseils, orientations et/ou prescriptions proposés. Nous précisons qu'aucune prescription de médicaments, d'imagerie ou d'électro-encéphalogramme (EEG) n'est faite, cette consultation ne se substituant pas au suivi épileptologique des patients.

1.2 Composition des dossiers des patients

Un dossier médical est créé pour chaque patient se présentant pour la première fois dans le service de pathologies professionnelles. Chaque nouveau dossier de patient de la consultation Epilepsie et Travail est composé des éléments suivants :

- un courrier de la personne adressant le patient, le plus souvent amené par le patient, précisant le motif de consultation, la situation épileptologique et le contexte professionnel, dans les meilleurs cas accompagné des derniers examens complémentaires ;
- une fiche de consultation remplie par le neurologue *(cf annexe)* sur les antécédents et les caractéristiques épileptologiques, les comorbidités associées, les traitements antiépileptiques, le retentissement global de la maladie sur la formation et le parcours professionnel (formation adaptée, licenciement lié à la maladie) ;
- une observation du médecin du travail compilant les données socioprofessionnelles et médicales de la PSE, précisant notamment le niveau de formation professionnelle, le curriculum laboris, l'obtention du permis de conduire, ainsi que l'impact des crises sur l'employabilité du patient ;
- un courrier de conclusion dicté en fin de consultation par le neurologue et le médecin du travail, résumant l'histoire de la maladie, l'histoire professionnelle et les préconisations et orientations proposées ;
- le cas échéant, les fiches de compte-rendu IDEO post-consultation décrivant les actions réalisées et l'évolution de la situation professionnelle du patient pendant son suivi par l'association ;

COMBARNOUS
(CC BY-NC-ND 2.0)

- s'il y a lieu, les comptes-rendus des bilans neuropsychologiques prescrits apportant des précisions sur les comorbidités neuropsychologiques.

Le dossier est numéroté et classé chronologiquement selon sa date de création. L'ensemble des documents originaux est conservé sous format papier dans les archives du service de pathologies professionnelles.

Pour les patients déjà vus à cette consultation, le dossier est ressorti et les situations épileptologique et socioprofessionnelle sont actualisées sous forme de notes manuscrites à la suite des observations précédentes.

COMBARNOUS
(CC BY-NC-ND 2.0)

2 METHODES : RECUEIL ET ANALYSE DES DONNEES

2.1 Constitution de l'échantillon

Le travail de recueil de données s'est déroulé de juin 2012 à décembre 2013. Nous avions initialement décidé de réaliser notre recueil sur les dossiers de l'année complète la plus récente, soit 2011 ; ils étaient au nombre de 93. Afin d'avoir un échantillon plus conséquent, nous avons poursuivi avec les dossiers de 2012. Nous avons interrompu notre sélection aux 55 dossiers des patients vus de janvier à juin 2012 en raison de la modification de prise en charge post-consultation des PSE ; d'individuelle, elle est devenue collective et cette activité a été partagée entre IDEO et une autre association. Un patient a été vu deux fois en novembre 2011 et en février 2012 ; son dossier a donc été soustrait du total des dossiers de 2011 pour n'être comptabilisé qu'une seule fois.

Ont ainsi été sélectionnés tous les dossiers de patients vus à la consultation Epilepsie et Travail entre le 06/01/2011 et le 21/06/2012 inclus, soit 147 dossiers au total. Nous avons exclu 4 dossiers pour lesquels ils persistaient un doute diagnostique quant à une crise épileptique, les « malaises » présentés par les patients évoquant des diagnostics différentiels comme une syncope ou un accident ischémique transitoire. Un dossier n'était pas présent dans les archives du service de pathologies professionnelles en raison de la probable hospitalisation du patient dans un autre service du CHLS, le dossier n'a pu être récupéré ; il a été exclu de notre échantillon.

Au total, nous avons travaillé à partir de 142 dossiers de patients souffrant d'épilepsie ou ayant présenté au moins une crise d'épilepsie qui impacte ou risque d'impacter son employabilité.

2.2 Constitution de la base de données à partir de la lecture rétrospective des dossiers des patients

Nous avons recueilli les données de chaque dossier dans un tableau Excel, une ligne par dossier, et les éléments recueillis pour chaque dossier ont été classés en 3 groupes de variables : les données socioprofessionnelles et le motif de consultation, les caractéristiques

COMBARNOUS
(CC BY-NC-ND 2.0)

épileptologiques, comorbidités et traitements associés et enfin les conclusions de la consultation et le devenir du patient.

Pour les patients dont la consultation de 2011-2012 n'était pas la première - le plus ancien dossier revu à cette période datant de 1997 - les données retenues dans nos analyses sont celles décrites au moment de la consultation de 2011-2012.

2.2.1 Recueil des caractéristiques socioprofessionnelles

Chaque dossier est identifié dans notre recueil par son numéro et la date de la consultation Epilepsie et Travail, permettant ainsi de s'y référer en cours d'analyse, tout en respectant l'anonymat dans le tableau de recueil des données.

Les premières colonnes concernent les données démographiques comme la date de naissance, l'âge lors de la consultation, le sexe et la situation familiale du patient. Le motif de consultation et la fonction de la personne ayant adressé le patient sont indiqués dans le courrier amené par la PSE en début de consultation. Nous distinguons 3 types de motif de consultation : les demandes d'avis sur une aptitude à un poste, sur une aptitude à une activité (conduite, travail en hauteur, travail de nuit…) et les demandes de conseil d'orientation professionnelle. Nous précisons si cela concerne un poste occupé par le patient lors de sa consultation ou un poste qu'il envisage d'occuper lorsqu'il s'agit d'une demande d'avis sur l'aptitude.

Le parcours de formation et dans l'emploi du patient, décrit dans l'observation du médecin du travail, est traduit en 7 items. Nous renseignons d'abord si le patient a suivi une scolarité normale ou adaptée et son niveau de formation atteint selon la classification de l'INSEE (Institut national de la statistique et des études économiques). Puis dans les statuts professionnels, nous distinguons les PSE ayant un contrat à durée indéterminée ou déterminé, celles en contrat d'apprentissage ou encore scolaires et les PSE sans emploi. Nous nous sommes servis de la classification PCS-ESE 2003 pour trier les activités professionnelles des patients ayant un emploi et nous avons précisé la date du dernier poste pour ceux sans emploi. Le neurologue, dans la fiche d'observation, renseignait également si le patient avait connu un licenciement et si ce licenciement était en rapport avec son épilepsie. Pour finir, il était le plus souvent précisé par le médecin du travail si la PSE détenait un permis de conduire et si celui-ci avait été validé par la commission médicale des permis de conduire (CMPC).

COMBARNOUS
(CC BY-NC-ND 2.0)

2.2.2 Recueil des caractéristiques de la maladie et son traitement

Les données concernant les caractéristiques épileptiques sont issues pour la plupart de la fiche d'observation remplie par le neurologue lors de la consultation *(cf annexe)*.

Est d'abord indiqué le référent du suivi médical : spécialiste neurologue, médecin généraliste, parfois psychiatre ou autres.

Pour une grande partie des patients de notre échantillon, le type généralisé ou partiel de la maladie épileptique était clairement stipulé dans le dossier. Dans les autres cas, seules les épilepsies dont le caractère partiel d'une crise était certain à partir de la description clinique, de l'électro-encéphalogramme et/ou de l'imagerie, ont été classées dans les épilepsies partielles. Les patients souffrant de crises sans élément focal clairement identifié et sans diagnostic précis clairement énoncé par un médecin spécialiste, ont été classés dans le groupe des épilepsies indéterminées. Les crises convulsives uniques ne répondant pas aux critères de la nouvelle définition de l'ILAE (International League Against Epilepsy) ont été mises à part, ne pouvant être qualifiées de maladie épileptique. L'étiologie de l'épilepsie était également précisée par le neurologue nous permettant d'identifier les épilepsies idiopathiques, symptomatiques ou cryptogéniques. Certains dossiers ont été revus avec le neurologue pour valider la classification.

Dans l'histoire de la maladie, nous retrouvons l'âge de la première crise, la date de la dernière crise et la fréquence des crises au moment de la consultation. La classification par types de crises généralisées et partielles était la suivante : les crises tonico-cloniques, les absences brèves, les myoclonies bilatérales et les types autres pour les généralisées ; les crises simples motrices, simples autres et complexes pour les partielles. Plusieurs caractéristiques des crises indispensables à l'évaluation d'une aptitude à un poste ont également été recueillies comme l'existence d'une généralisation secondaire, la présence d'une aura ou de prodromes, d'une phase post-critique ou l'identification de facteurs déclenchants.

En se basant sur les critères de la littérature récente, nous avons créé un item supplémentaire à ceux présents dans la fiche d'observation, le contrôle de la maladie, à partir des données de fréquence des crises et de date de la dernière crise. Nous avons défini qu'un bon contrôle de l'épilepsie était obtenu quand la dernière crise datait de plus d'un an ou quand les crises survenaient moins d'une fois par an au moment de la consultation.

COMBARNOUS
(CC BY-NC-ND 2.0)

Les comorbidités associées à l'épilepsie recueillies dans le questionnaire du neurologue ont été classées en trois groupes : les difficultés neuropsychologiques, les comorbidités psychiatriques et les autres troubles ou pathologies pouvant avoir une répercussion directe sur l'employabilité du patient. Sur la fiche d'observation du neurologue, étaient distingués dans les difficultés neuropsychologiques, les troubles de mémoire, la lenteur et les troubles de concentration, auxquels nous avons ajouté les troubles du langage et de la lecture et les troubles dyspraxiques. Les comorbidités psychiatriques étaient réparties en symptômes dépressifs, addictions (toxicomanie et éthylisme chronique) et troubles du comportement. Les autres comorbidités rapportées par les consultants, sans rapport avec leur épilepsie mais susceptibles d'affecter leur employabilité, ont été classées en troubles locomoteurs et atteintes du champ visuel.

Enfin, nous avons précisé si un traitement chirurgical avait été réalisé et à quelle date, ou si celui-ci était envisagé ou prévu, ainsi que le nombre d'antiépileptiques pris par le patient au moment de la consultation.

2.2.3 Recueil des conclusions de la consultation et du suivi IDEO

Les conclusions proposées par l'équipe pluriprofessionnelle ont été recueillies dans le courrier dicté en fin de consultation. Il s'agit de conseils en orientation ou de conseils sur l'aptitude à un poste ou à une activité spécifique que nous avons traduits par les énoncés suivants : « conseils en orientation » et « pas de retour à l'emploi immédiat envisageable » lorsque le motif de consultation était l'orientation professionnelle, « apte », « apte avec réserve », « inapte temporaire » et « inapte définitif » lorsque le motif de consultation était l'aptitude à un poste ou une activité. Les patients considérés « aptes avec réserve » sont ceux pour qui l'activité peut être poursuivie sans danger immédiat, mais nécessitant cependant un aménagement du poste. Un avis d' « inaptitude temporaire » est conseillé dans les cas où l'on manque de recul par rapport à l'évolution de la maladie pour pouvoir autoriser l'activité sans risque ou la contre-indiquer définitivement.

Nous avons listé les préconisations et réserves professionnelles émises dans chaque dossier, associées à l'avis de fin de consultation, qu'il s'agisse d'aptitude ou d'orientation et que celui-ci soit favorable ou défavorable, et nous les avons classées en 6 items :

- les contre-indications professionnelles,
- les aménagements de poste,

COMBARNOUS
(CC BY-NC-ND 2.0)

- la réorientation professionnelle,
- la prise en charge neurologique,
- la prise en charge psychiatrique
- et les conseils d'hygiène de vie.

Un patient peut avoir reçu une ou plusieurs de ces préconisations.

Nous avons fait de même pour les orientations sociales et administratives et les prescriptions en créant 5 items concernant :

- l'orientation vers IDEO,
- les informations relatives à la validation du permis de conduire par la CMPC données lors de la consultation ou déjà connues et appliquées par la PSE,
- le dossier de reconnaissance en qualité de travailleur handicapé initié lors de la consultation, déjà obtenu par le patient ou refusé par celui-ci,
- la prescription d'un bilan neuropsychologique, organisé à l'issue de la consultation ou déjà réalisé par la PSE,
- et l'orientation vers un milieu professionnel protégé comme les entreprises adaptées et les établissements et services d'aide par le travail.

Pour finir, nous nous sommes intéressés aux patients ayant bénéficié d'un suivi IDEO et avons répertorié les différentes actions que l'association a réalisé pour chacun. Nous en avons identifié 8 grands types : l'orientation vers la consultation Epilepsie et Travail quand IDEO est l'adressant, l'aide à l'élaboration du projet professionnel, l'appui dans la recherche d'emploi, l'aide au maintien dans l'emploi, le suivi en emploi, l'organisation du bilan neuropsychologique, l'organisation d'évaluations en milieu de travail, l'aide aux démarches administratives.

2.3 Analyse des données

2.3.1 Méthodologie statistique

Pour la méthodologie statistique, les analyses sont effectuées à partir du logiciel SAS, version 9.3. La comparaison des variables qualitatives selon le type d'épilepsie est faite au moyen du test du Chi-deux ou du test de Fisher si les conditions d'applications du test du Chi-deux ne sont pas valides (effectif théorique > ou = 5 dans chaque cellule). La

COMBARNOUS
(CC BY-NC-ND 2.0)

comparaison des variables quantitatives (les moyennes) est faite à partir du test de Kruskal-Wallis au vu du faible nombre d'individus.

2.3.2 Description générale de l'échantillon

La description générale de notre échantillon de 142 patients s'est voulue exhaustive des données présentes dans la base de données Excel. Les pourcentages de patients répondant aux différents critères sont rapportés au nombre de patients pour qui l'information décrite est renseignée ; les données manquantes soustraites du total de l'échantillon sont indiquées entre parenthèses. Tous les critères décrits dans cette première partie sont utilisés dans les analyses suivantes, permettant ainsi d'avoir des données descriptives sur l'échantillon total.

2.3.3 Analyse selon la phénoménologie épileptique

De nombreuses études ont comparé l'employabilité et la qualité de vie entre les personnes souffrant d'épilepsie généralisée et celles souffrant d'épilepsie partielle sans mettre en évidence de différence significative. Nous nous sommes donc interrogés sur l'impact de l'expression clinique de la maladie, ou phénoménologie épileptique, dans l'employabilité des PSE, nous intéressant plus au type de crise qu'au type d'épilepsie. Pour cela, nous avons comparé les données socio-professionnelles et les avis donnés à l'issue de la consultation entre les patients présentant des crises généralisées d'emblée ou se généralisant secondairement systématiquement (N=64) et les patients présentant des crises partielles sans généralisation secondaire systématique (N=69) ; nous parlerons de phénoménologie généralisée et de phénoménologie partielle. Le premier groupe est composé des 38 épilepsies généralisées de notre échantillon auxquelles nous avons ajouté les 23 épilepsies partielles dont les crises se généralisent systématiquement, ainsi que 3 épilepsies de type indéterminé dont les crises sont systématiquement généralisées sans que l'on puisse savoir si elles le sont d'emblée ou secondairement. Le second groupe est constitué des 69 autres épilepsies partielles dont les crises ne se généralisent pas (n=30) ou occasionnellement (n=33) ou quand ce critère n'est pas renseigné (n=6). Les crises uniques et 3 épilepsies de type indéterminé ont été exclues de cette analyse, la description des crises ne permettant pas de conclure sur le caractère généralisé systématique ou non des crises.

COMBARNOUS
(CC BY-NC-ND 2.0)

2.3.4 Analyse selon le statut professionnel

Dans un deuxième temps, nous avons constitué deux groupes de patients selon leur statut professionnel, « en activité » versus « sans emploi ». Le premier groupe comprend les 57 patients de notre échantillon ayant un contrat de travail à durée indéterminée et les 8 en contrat de travail à durée déterminée ; le second groupe compte 52 PSE sans emploi. Les patients en formation ou scolaires ont été exclus de cette analyse. Les deux groupes ainsi constitués ont été comparés sur les caractéristiques de l'épilepsie, les données socioprofessionnelles et les conclusions de la consultation, cherchant à mettre en évidence des éléments semblant favoriser ou défavoriser l'emploi.

2.3.5 Analyse selon l'avis rendu en fin de consultation

Pour la dernière analyse, nous avons créé deux groupes en fonction de l'avis sur l'aptitude rendu en fin de consultation : ceux ayant reçu un « avis favorable » à la poursuite de leur activité et ceux pour qui cet avis est « défavorable ». Un « avis favorable » signifie que le patient a été déclaré apte avec ou sans réserves ; ces réserves nécessitent le plus souvent des aménagements du poste, mais ceux-ci sont facilement réalisables sans remise en cause de l'employabilité du patient. Un « avis défavorable » correspond à la préconisation d'une inaptitude, temporaire ou définitive, nécessitant un reclassement ou un changement d'orientation dans le projet professionnel. Ont été ajoutés au groupe « défavorable » les patients venus pour conseils d'orientation pour qui un retour à l'emploi immédiat ne semble pas envisageable. La comparaison de ces deux groupes sur les caractéristiques de l'épilepsie et les données socioprofessionnelles avait pour but de rechercher les critères pouvant mettre en péril une aptitude à un poste ou une activité.

COMBARNOUS
(CC BY-NC-ND 2.0)

RESULTATS

COMBARNOUS
(CC BY-NC-ND 2.0)

1 DESCRIPTION GENERALE DE L'ECHANTILLON

1.1 Caractéristiques socioprofessionnelles

1.1.1 Répartition par sexe, âge et statut familial

Notre échantillon est composé de 101 hommes et 41 femmes, soit environ 70% d'hommes et 30% de femmes *(Tableau 1)*.

Les âges des patients lors de leur consultation dans le service s'étendent de 15 à 59 ans, la médiane étant de 35 ans [25 ; 43] et la moyenne de 34,08 ans [σ = 11,96] *(Tableau 2)*. La décennie la plus représentée (un peu moins d'1/3 des patients) est celle des 35-44 ans. Les pourcentages de patients dans les autres tranches d'âge, 15-24 ans, 25-34 ans et supérieur à 45 ans, sont sensiblement proches entre eux entre 21,8 et 24,7% *(Tableau 1)*.

N=142	**Ensemble**	
Sexe	**n**	**%**
Homme	101	*71,1*
Femme	41	*28,9*
Classe d'âge	**n**	**%**
15-24 ans	35	*24,7*
25-34 ans	33	*23,2*
35-44 ans	43	*30,3*
45 ans et plus	31	*21,8*
Statut conjugal	**n**	**%**
Chez parents	45	*31,9*
Couple	53	*37,6*
Célibataire, séparé(e), veuf(ve)	43	*30,5*
(Données manquantes)	(1)	-
Enfant(s)	**n**	**%**
Non	88	*63,3*
Oui	51	*36,7*
(Données manquantes)	(3)	-

Tableau 1 - Répartition de l'échantillon par sexe, âge et situation familiale

COMBARNOUS
(CC BY-NC-ND 2.0)

	n	Moyenne	*std*	Médiane	*q1*	*q3*
Age (ans)	**142**	**34,08**	***11,96***	**35**	***25***	***43***
Nombre d'enfant(s)	**139**	**0,76**	***1,24***	**0**	***0***	***1***
Nombre d'enfant >0	**51**	**2,08**	***1,21***	**2**	***1***	***3***

Tableau 2 – Moyenne et médiane des âges et du nombre d'enfants

Le statut conjugal de 141 patients est connu : 37,6% sont en couple, 31,9% vivent chez leurs parents (dont plus d'1/3 ont plus de 25 ans), 30,3% sont célibataires, séparés ou veufs *(Tableau 1)*. Sur 139 patients, 51 (soit 36,7%) ont au moins un enfant, en moyenne 2,08 [σ = 1,21] *(Tableau 2)*.

1.1.2 Formation et statut professionnel

1.1.2.1 Formation professionnelle et permis de conduire

Une grande majorité des patients (87,9%) ont suivi ou suivent une scolarité normale, les autres ont suivi une scolarité adaptée (sauf 2 dont le parcours de formation n'est pas connu) *(Tableau 3)*.

Huit des 25 patients en cours de formation lors de la consultation sont au collège (niveau 0 selon la classification de l'INSEE), 8 préparent un CAP ou BEP (niveau V), 6 un bac général ou professionnel (niveau IV) et seulement 3 sont inscrits en BTS ou à l'université (niveau III) *(Tableau 3)*.

Parmi les 112 patients qui ne sont plus en formation, plus de 30% n'ont aucune formation et plus de 40% ont un niveau V (CAP, BEP). Dans les 30% restant ayant au moins un niveau baccalauréat, plus le niveau de formation augmente, plus les pourcentages sont faibles : de 15,2% au niveau IV (Bac G ou pro) à 0,9% au niveau I (doctorat) soit un patient de l'échantillon. A noter que certaines formations ne sont pas qualifiantes : 9 personnes ayant un niveau baccalauréat (IV) n'ont pas achevé leurs études ensuite et une patiente a eu une formation à l'étranger de niveau III sans équivalence en France *(Tableau 3)*.

Les données concernant la possession d'un permis de conduire ont été recueillies auprès de 83 patients, nous avons exclu les moins de 18 ans et ce critère n'est pas renseigné pour 44 dossiers. Trois quarts des répondeurs sont titulaires au moins du permis B (63 patients) et parmi eux, 15,9% ont un permis poids lourds (C). Les 2 patients titulaires d'un permis super lourds (EC) ont également des permis B et C *(Tableau 3)*.

COMBARNOUS
(CC BY-NC-ND 2.0)

Seuls 10 d'entre eux ont affirmé avoir fait valider leur permis auprès de la CMPC. Un patient indique avoir eu une suspension de son permis de conduire.

	Ensemble	
Scolarité	**n**	***%***
Normale	123	*87,9*
Adaptée	17	*12,1*
(Données manquantes)	(2)	-
Niveau de formation	**n**	***%***
En cours de formation (N=25)		
(0)	8	*32,0*
(V)	8	*32,0*
(IV)	6	*24,0*
(III)	3	*12,0*
Pas de formation en cours (N=112)		
0	34	*30,3*
V	45	*40,2*
IV	17	*15,2*
III	9	*8,0*
II	6	*5,3*
I	1	*0,9*
(Données manquantes = 5)		
Permis de conduire	**n**	***%***
Non	**17**	***20,5***
Oui	**63**	***75,9***
-permis B	63	-
- permis C	10	-
- permis EC	2	-
Formation à la conduite en cours	**3**	***3 ,6***
(Moins de 18 ans)	(16)	-
(Données manquantes)	(43)	-

Tableau 3 – Scolarité, niveau de formation selon la classification de l'INSEE et obtention d'un permis de conduire

COMBARNOUS
(CC BY-NC-ND 2.0)

1.1.2.2 Statut professionnel lors de la consultation

Le taux d'emploi de notre échantillon est de 45,7%. En le rapportant aux 117 patients n'étant ni scolaires, ni en apprentissage, il est de 55,5%. Parmi ces 65 PSE, 57 sont en CDI ou assimilé et 8 en CDD ou assimilé *(Tableau 4)*.

	Ensemble	
Statut professionnel	**n**	***%***
Dans l'échantillon complet (N=142)		
Scolaires	9	*6,3*
En contrat d'apprentissage	16	*11,3*
CDD ou assimilé	8	*5,6*
CDI ou assimilé	57	*40,1*
Sans emploi	52	*36,6*
Hors patients scolaires et en apprentissage (N=117)		
CDD ou assimilé	8	*6,8*
CDI ou assimilé	57	*48,7*
Sans emploi	52	*44,4*
Classification PCS 2003 (N = 65)	**n**	***%***
PCS 2003 niveau 1		
1 Agriculteurs	0	*0*
2 Artisans, commerçants et chefs d'entreprises	0	*0*
3 Cadres et professions intellectuelles supérieures	2	*3,1*
4 Professions intermédiaires (techniciens, agents de maîtrise et autres)	9	*13,8*
5 Employés	20	*30,8*
6 Ouvriers	34	*52,3*
PCS 2003 niveau 2		
36 Cadres d'entreprise	2	*3,1*
41 Professions intermédiaires de l'enseignement, de la santé, de la fonction publique et assimilés	3	*4,6*
46 Professions intermédiaires administratives et commerciales des entreprises	4	*6,2*
47 Techniciens	2	*3,1*
51 Employés de la fonction publique	8	*12,3*
54 Employés administratifs d'entreprise	1	*1,5*
55 Employés de commerce	3	*4,6*
56 Personnels des services directs aux particuliers	8	*12,3*
61 Ouvriers qualifiés	29	*44,6*
66 Ouvriers non qualifiés	5	*7,7*

Tableau 4 – Statut professionnel et répartition des patients actifs selon la classification PCS 2003 *(CDD = contrat à durée déterminée, CDI = contrat à durée indéterminée)*

COMBARNOUS
(CC BY-NC-ND 2.0)

Cinquante-deux patients ne sont ni en activité, ni en formation (chômeurs, en invalidité, radié de Pôle Emploi…), soit plus de 35% de l'ensemble des patients et près de 45% des 117 patients ni scolaires, ni en apprentissage. On connaît la date du dernier emploi pour 45 d'entre eux : la durée d'inactivité est en moyenne de 2.62 ans [σ = 3,06] (4 n'ont jamais travaillé et pour 3 ce critère n'est pas renseigné) *(Tableau 5)*.

	n	**Moyenne**	***std***
Durée d'inactivité (ans)	**45**	**2,62**	***3,06***

Tableau 5 – Moyenne de la durée d'inactivité des patients sans emploi au moment de la consultation

Les 65 patients ayant une activité professionnelle (CDI ou CDD ou assimilé) au moment de la consultation ont été répartis selon la nomenclature des professions et des catégories socioprofessionnelles de l'INSEE (PCS 2003). Cette classification révèle que plus de la moitié des actifs sont des ouvriers (52,3% dont 85,3% sont qualifiés) et un peu moins d'1/3 sont des employés (30,8%) ; les professions intermédiaires et intellectuelles supérieures ou cadres représentent moins de 20% de l'effectif. Nous ne retrouvons aucun agriculteur, artisan, commerçant ou chef d'entreprise dans notre échantillon *(Tableau 4)*.

Plus d'1/4 des patients (n=36), ont déjà été licenciés au cours de leur carrière. Parmi eux, 21 identifient leurs crises comme cause de leur licenciement, 4 mettent en cause leurs difficultés neuropsychologiques. A cela s'ajoute 4 patients déclarant avoir arrêté une formation à cause de leurs crises *(Tableau 6)*.

	Ensemble	
Licenciement/Arrêt de formation	**n**	***%***
Pas de licenciement	**97**	***70,8***
Licenciement	**36**	***26,3***
-lié aux crises	21	*58,3*
- lié aux difficultés neuropsychologiques	4	*11,1*
- autre cause	11	*30,6*
Arrêt d'une formation lié aux crises	**4**	***2,9***
(Données manquantes)	(5)	-

Tableau 6 – Licenciements et leurs causes

COMBARNOUS
(CC BY-NC-ND 2.0)

1.2 Caractéristiques de l'épilepsie

1.2.1 Caractéristiques de la maladie

1.2.1.1 Type d'épilepsie et étiologies

Les types d'épilepsie sont répartis comme suit dans notre échantillon : 92 PSE, soit près de 65% des patients, sont atteintes d'épilepsie partielle et 38 PSE, soit un peu plus d'1/4 des patients, souffrent d'épilepsie généralisée ; pour 6 patients le caractère généralisé ou partiel n'est pas déterminé et pour 6 autres il s'agit d'une crise convulsive isolée ne pouvant donner lieu au diagnostic de maladie épileptique *(Tableau 7)*.

Les 2/3 des épilepsies généralisées sont idiopathiques, 1/5 est cryptogénique et 1/10 est symptomatique ; pour ces 4 derniers patients, l'épilepsie est séquellaire d'une méningoencéphalite herpétique ou d'une alcoolisation chronique, observée dans le cadre d'un syndrome de Little ou lors de l'introduction d'un traitement psychotrope. Parmi les épilepsies partielles, un peu moins de 60% sont symptomatiques et un peu plus de 40% sont cryptogéniques *(Tableau 7)*.

	Ensemble	
	n	***%***
Généralisées	**38**	***26,8***
Idiopathiques	25	*65,8*
Cryptogéniques	8	*21,1*
Symptomatiques	4	*10,5*
Indéterminées	1	*2,6*
Partielles	**92**	***64,8***
Symptomatiques	55	*59,8*
Cryptogéniques	37	*40,2*
Indéterminées	**6**	***4,2***
Crise unique	**6**	***4,2***

Tableau 7 – Répartition par types et étiologies d'épilepsie

COMBARNOUS
(CC BY-NC-ND 2.0)

1.2.1.2 Age de début de la maladie

La moitié de notre échantillon (n=69) a connu sa première crise avant l'âge de 16 ans, seulement 1/4 des patients après l'âge de 30 ans *(Tableau 8)*.

On observe que l'âge moyen de début de la maladie est de 15,7 ans [σ = 10,46] avec une médiane de 14 ans [10 ; 18] dans les épilepsies généralisées, il est de 21,1 ans [σ = 16,01] avec une médiane de 17 ans [7 ; 33] dans les épilepsies partielles. La moyenne et la médiane de l'âge de la première crise sont proches de 30 ans pour les crises uniques et les épilepsies indéterminées *(Tableau 9)*.

	Ensemble	
Age de la première crise	**n**	***%***
[0-8] ans	34	*24,5*
]8-16] ans	35	*25,2*
]16-30] ans	33	*23,7*
> 30 ans	37	*26,6*
(Données manquantes)	(3)	-

Tableau 8 – Age de la première crise

	n	**Moyenne (ans)**	***std***	**Médiane (ans)**	***q1***	***q3***
Type d'épilepsie						
Ensemble	139	20,5	*15,23*	17	*9*	*31*
Généralisé	37	15,7	*10,46*	14	*10*	*18*
Partiel	90	21,1	*16,01*	17	*7*	*33*
Indéterminé	6	29,4	*19,13*	33	*15*	*44*
Crise unique	6	31,5	*16,38*	29,5	*19*	*41*

Tableau 9 – Moyenne et médiane de l'âge de début de la maladie selon le type d'épilepsie

COMBARNOUS
(CC BY-NC-ND 2.0)

1.2.1.3 Facteurs déclenchants

Près de 70%, soit 99 patients sur 142, ont identifié des facteurs déclenchant leurs crises ; le plus souvent le facteur est unique (42,3%), ils en décrivent parfois 2 (21,8%) ou 3 (5,6%) *(Tableau 10)*.

Le facteur déclenchant le plus fréquemment retrouvé est le manque de sommeil, il est évoqué par plus d'1/4 des patients (n=37). Le sevrage médicamenteux, généralement accidentel ou involontaire, et les émotions fortes viennent en seconde position, cités par le même nombre de PSE, soit presque 1 patient sur 5 (n=27). Les crises morphéiques sont rapportées par 16,9% des patients (n=24). L'alcool, la stimulation lumineuse et les menstruations ont aussi été recherchés comme facteurs déclenchants des crises et se retrouvent chez respectivement 9,9% (n=14) et 4,9% (n=7) des patients et chez 7,3% des femmes (n=3). D'autres facteurs déclenchants comme le relâchement attentionnel, la chaleur ou le bruit sont également décrits par 4,9% des PSE (n=7) *(Tableau 10)*.

	Ensemble	
Nombre de facteurs déclenchants	**n**	***%***
Aucun facteur	43	*30,3*
1 facteur	60	*42,3*
2 facteurs	31	*21,8*
3 facteurs	8	*5,6*
Type de facteurs déclenchants	**n**	***%***
Manque de sommeil	37	*26,1*
Consommation d'alcool	14	*9,9*
Crises morphéiques	24	*16,9*
Sevrage médicamenteux	27	*19,0*
Emotion	27	*19,0*
Stimulation lumineuse	7	*4,9*
Menstruation*	3	*7,3**
Autres	7	*4,9*

Tableau 10 – Nombre et type de facteurs déclenchants des crises *(*pourcentage rapporté au nombre de femmes de l'échantillon (n=41))*

COMBARNOUS
(CC BY-NC-ND 2.0)

1.2.2 Caractéristiques des crises

1.2.2.1 Types de crises

Dans les épilepsies généralisées, étaient distinguées dans la fiche d'observation du neurologue, les crises tonico-cloniques, les absences brèves, les myoclonies bilatérales et les autres. Plus de 85% des patients atteints d'épilepsie généralisée (soit 33 PSE sur 38) ont déjà eu au moins une crise tonico-clonique, dont 21 sujets présentant exclusivement ce type de crise. Une proportion de 28,9% de patients a déjà présenté des myoclonies bilatérales et 18,4% des patients des absences brèves, le plus souvent associées à des crises tonico-cloniques dans l'histoire de leur maladie *(Tableau 11)*. Nous soulignons que seulement 2 patients ont présenté exclusivement des myoclonies bilatérales, sans convulsion, chute ou rupture de contact, dans le cadre d'une épilepsie myoclonique juvénile et qu'au moment de la consultation ces 2 patients sont en rémission depuis plus de 5 ans. Pour tous les autres, les crises occasionnent ou ont occasionné des convulsions, chutes et/ou rupture de contact.

Parmi les 92 épilepsies partielles, 65,2% des patients ont déjà eu des crises complexes, donc avec une rupture de contact. On compte 25 patients (27,2%) souffrant de crises partielles simples, dont 20 présentant exclusivement ce type de crise (21,7%). Le caractère simple ou complexe des crises est indéterminé pour 12 d'entre eux *(Tableau 11)*.

Par définition, le type de crises n'a pas pu être précisé pour les épilepsies de type indéterminé. On comprend également que pour les patients n'ayant eu qu'une seule crise, la description de la crise rapportée par le patient lors de la consultation n'a pas pu permettre de la classifier.

	A déjà présenté ce type de crise (de façon exclusive)		**N'a jamais présenté ce type de crise**	
Epilepsies généralisées (n=38)	**n**	**%**	**n**	**%**
Crises tonico-cloniques	33 (21)	*86,8 (55,3)*	5	*13,2*
Absences brèves	7 (2)	*18,4 (5,3)*	31	*81,6*
Myoclonies bilatérales	11 (2)	*28,9 (5,3)*	27	*71,1*
Crises généralisées sans précision	1 (1)	*2,6 (2,6)*	37	*97,4*
Epilepsies partielles (n=92)	**n**	**%**	**n**	**%**
Crises partielles simples	25 (20)	*27,2 (21,7)*	67	*72,8*
Crises partielles complexes	60 (55)	*65,2 (59,8)*	32	*34,8*
Type des crises partielles indéterminé	12	*13,0*	-	-

Tableau 11 – Répartition par type de crises

COMBARNOUS
(CC BY-NC-ND 2.0)

1.2.2.2 Généralisation secondaire, prodromes et phase post-critique

Nous nous sommes intéressés à la présence ou non d'une généralisation secondaire des crises dans les épilepsies partielles et notamment selon le type de crises avec ou sans rupture de contact. Nous avons différencié les patients ayant déjà présenté une crise complexe associée ou non à des crises simples des patients présentant exclusivement des crises simples. Une généralisation secondaire des crises a déjà été observée chez 65,1% des 86 personnes souffrant d'épilepsie partielle, elle est systématique chez 23 d'entre elles (26,7%). On note que chez les patients présentant exclusivement des crises partielles simples, 8 ne se généralisent jamais secondairement, pouvant laisser supposer un impact moindre des crises dans leur vie quotidienne et professionnelle pour ces patients n'ayant ni rupture de contact, ni convulsion. Cette donnée n'est pas renseignée pour 6 épilepsies partielles *(Tableau 12)*.

	Epilepsies partielles							
	Ensemble		**Crises simples exclusives**		**Crises complexes +/- simples**		**Crises indéterminées**	
Généralisation secondaire	**n**	***%***	**n**	***%***	**n**	***%***	**n**	***%***
Jamais	30	*34,9*	8	*42,1*	22	*37,9*	0	*0*
Parfois	33	*38,4*	9	*47,4*	24	*41,4*	0	*0*
Toujours	23	*26,7*	2	*10,5*	12	*20,7*	9	*100*
(Données manquantes)	(6)	-	(1)	-	(2)	-	(3)	-

Tableau 12 – Présence d'une généralisation secondaire des crises dans les épilepsies partielles

	Ensemble	
Prodromes	**n**	***%***
Jamais	87	*68,0*
Parfois	10	*7,8*
Toujours	31	*24,2*
(Données manquantes)	(14)	-
Phase post-critique	**n**	***%***
Jamais	63	*67,0*
Parfois	10	*10,6*
Toujours	21	*22,3*
(Données manquantes)	(48)	-

Tableau 13 – Prodromes et phase post-critique

COMBARNOUS
(CC BY-NC-ND 2.0)

La présence de prodromes annonciateurs est également un élément important à prendre en compte dans le cadre du travail. Sur un échantillon de 128 patients (14 données manquantes), près d'1/4 ont des prodromes avant chaque crise, ils décrivent une sensation de chaleur épigastrique, une vision stroboscopique, un ralentissement de la pensée, des céphalées, un vertige, une sensation de déjà-vu ; 68% n'en ont jamais *(Tableau 13)*.

L'existence d'une phase post-critique prolonge l'indisponibilité après une crise, nous faisant supposer un plus grand impact de la crise dans la vie du patient par rapport à ceux n'en présentant pas. Parmi les répondants (94 patients, 48 données manquantes), près d'1/3 ont déjà souffert de symptômes postcritiques à type de confusion les rendant indisponibles plusieurs minutes à plusieurs heures après la fin de la crise (32,9%) (*Tableau 13*).

1.2.3 Comorbidités

	Ensemble	
Comorbidités	**n**	**%**
Neuropsychologiques exclusivement	31	*21,8*
Psychiatriques exclusivement	29	*20,4*
Associant les 2 types de comorbidités	28	*19,7*
Aucune comorbidité neuropsychologique ou psychiatrique	54	*38,0*
Types de comorbidités	**n**	**%**
Comorbidités neuropsychologiques (N= 59)		
Troubles mnésiques	40	*67,8*
Lenteur	31	*52,5*
Troubles de concentration	16	*27,1*
Troubles du langage et de la lecture	9	*15,2*
Troubles praxiques	2	*3,4*
Comorbidités psychiatriques (N = 57)		
Symptômes dépressifs	33	*57,9*
Addictions	14	*24,6*
Troubles du comportement	20	*35,1*
Autres comorbidités (N = 11)		
Troubles locomoteurs	8	*72,7*
Atteintes du champ visuel	3	*27,3*

Tableau 14 – Difficultés neuropsychologiques et comorbidités psychiatriques associées et leurs types

COMBARNOUS
(CC BY-NC-ND 2.0)

Soixante-deux pour cent des patients (n=88) souffrent de difficultés neuropsychologiques et/ou psychiatriques, 1/3 présentant exclusivement des difficultés neuropsychologiques, 1/3 exclusivement des symptômes psychiatriques et 1/3 les deux associés. Les troubles mnésiques sont les difficultés les plus rapportées (67,8% des patients souffrant de difficultés neuropsychologiques), suivies par la lenteur (52,5%), les troubles de concentration (27,1%), les troubles du langage et de l'écriture (15,2%) et enfin les troubles praxiques (3,4%). Parmi les comorbidités psychiatriques, on retrouve les symptômes dépressifs en première position (57,9%), puis les troubles du comportement (35,1%) et les addictions (24,6%) *(Tableau 14)*.

Huit patients présentent des troubles locomoteurs d'origine neurologique ou traumatique, susceptibles de les limiter dans leur emploi. Trois PSE rapportent des atteintes du champ visuel à prendre en compte dans leur parcours d'insertion professionnelle.

1.2.4 Contrôle de la maladie, suivi neurologique et traitements

Parmi les 53 patients ayant une épilepsie bien contrôlée (37,3%), 42 patients soit près des 4/5 sont sous traitement médicamenteux, 4 d'entre eux ont également bénéficié d'une chirurgie. Trois patients ne souffrent plus de crises après un traitement chirurgical sans nécessité d'un traitement médicamenteux de fond. Huit patients sont libres de crise sans traitement *(Tableau 15)*.

	Ensemble	
Contrôle de la maladie	**n**	***%***
Contrôlées	**53**	***37,3***
Sans traitement	8	*15,1*
Avec antiépileptiques	38	*71,7*
Après chirurgie	3	*5,7*
Après chirurgie et avec antiépileptiques	4	*7,5*
Non contrôlées	**71**	***50,0***
Pluriannuelles (1/an < X ≤ 1/mois)	31	*48,4*
Plurimensuelles (1/mois < X ≤ 1/semaine)	15	*23,4*
Plurihebdomadaires (1/semaine < X ≤ 1/jour)	10	*15,6*
Pluriquotidiennes (> 1/jour)	8	*12,5*
(Données manquantes)	(7)	-
Non évaluables	**18**	***12,7***

Tableau 15 –Contrôle de la maladie au moment de la consultation

COMBARNOUS
(CC BY-NC-ND 2.0)

On manque de recul pour évaluer le contrôle de la maladie chez 18 patients en raison d'un changement de traitement de récent, d'une chirurgie ou d'une première et unique crise datant de moins d'un an *(Tableau 15)*.

Nous avons analysé la fréquence des crises au moment de la consultation de 64 patients ayant une épilepsie définie comme non contrôlée, c'est-à-dire avec plus d'une crise par an et la survenue d'une crise dans l'année précédant la consultation, en les classant en pluriannuelles, plurimensuelles, plurihebdomadaires ou pluriquotidiennes (7 données manquantes sur 71 patients). Les crises sont pluriannuelles si elles surviennent plus d'une fois par an au minimum et une fois par mois au maximum ; les autres fréquences sont définies sur le même modèle. Près de la moitié des patients ayant une épilepsie non contrôlée ont des crises pluriannuelles (48,4%), un peu moins d'1/4 souffrent de crises plurimensuelles (23,4%) et pour environ 15% d'entre eux, les crises sont plurihebdomadaires *(Tableau 15)*.

La grande majorité des patients (123 sur 140 répondants, soit 87,9%) est suivie pour son épilepsie par un spécialiste neurologue, 8 par leur médecin généraliste (5,7%), 2 par un psychiatre (1,4%). Pour 2 patients, la spécialité du médecin n'est pas connue. 5 patients, soit 3,6% de l'échantillon, ont déclaré n'avoir aucun suivi médical *(Tableau 16)*.

	Ensemble	
Suivi médical	**n**	***%***
Neurologue	123	*87,9*
Médecin généraliste	8	*5,7*
Psychiatre	2	*1,4*
Autre médecin spécialiste	2	*1,4*
Pas de suivi	5	*3,6*
(Données manquantes)	(2)	-
Traitement médicamenteux	**n**	***%***
Monothérapie	75	*52,1*
Bithérapie	34	*23,9*
Trithérapie ou plus	17	*12,0*
Aucun médicament	16	*11,3*
Traitement chirurgical	**n**	***%***
Réalisé	18	*12,7*
Prévu	4	*2,8*
Envisageable	14	*9,9*
Non indiqué	106	*75,2*

Tableau 16 – Suivi médical des patients, nombre de médicaments antiépileptiques et réalisation d'un traitement chirurgical

COMBARNOUS
(CC BY-NC-ND 2.0)

Cent vingt-six patients soit 88,7% de notre échantillon prennent un traitement médicamenteux antiépileptique ; plus de la moitié est sous monothérapie (n=75), près d'un quart prennent une bithérapie (n=34) et 12% ont un traitement comportant 3 médicaments ou plus (n=17). Parmi les 16 patients sur 142 (11,3%) qui ne prennent pas de traitement médicamenteux, 3 ont eu une chirurgie dans les années précédentes. Un traitement chirurgical antiépileptique a été réalisé chez 14 autres patients qui sont toujours sous thérapie médicamenteuse au moment de la consultation. Pour 4 PSE, la chirurgie est prévue à court terme, et pour 14 autres, elle est envisageable au vu de l'étiologie de l'épilepsie et a déjà été abordée avec un neurologue ou un chirurgien *(Tableau 16)*.

1.3 Consultation et suites de prise en charge

1.3.1 Fonction des personnes adressant les patients et motifs de consultation

	Ensemble	
Fonction des personnes adressant les patients	**n**	***%***
Neurologue	64	*45,1*
Médecin du travail	28	*19,7*
IDEO	28	*19,7*
Médecin généraliste	7	*4,9*
Médecin scolaire	5	*3,5*
Autres	10	*7,0*

Tableau 17 – Fonction des personnes adressant les patients à la consultation Epilepsie et Travail

N=142	**Ensemble**		**Poste ou activité**		
			Actuel(le)	**Envisagé(e)**	**NC**
Motifs de consultation	**n**	***%***	**n**	**n**	**n**
Aptitude au poste	**65**	***45,8***	**27**	**38**	**-**
Aptitude travaux spécifiques	**39**	***27,5***	**30**	**9**	**-**
- conduite de VL	10	*7,0*	9	1	-
- conduite de PL	9	*6,3*	8	1	-
- travail en hauteur	11	*7,8*	7	4	-
- travail de nuit	4	*2,8*	4	0	-
- conduite d'engins	5	*3,5*	2	3	-
Orientation professionnelle	**38**	***26,8***	**-**	**9**	**29**

Tableau 18 – Motifs de consultation des patients se rapportant au poste occupé ou envisagé par le patient *(VL = véhicules légers, PL = poids lourds, NC = non concerné)*

COMBARNOUS
(CC BY-NC-ND 2.0)

Un peu moins de la moitié des patients ont été adressés à cette consultation par leur neurologue (n=64, soit 45,1%). Pour près de 20% des PSE (n=28), il s'agit d'un avis demandé par leur médecin du travail (19,7%) ; le même nombre de patients a été conseillé par IDEO. Respectivement 7 et 5 PSE ont été envoyées par le médecin généraliste et par le médecin scolaire. Enfin, 10 patients sont adressées par CAP emploi, la MDPH, un infectiologue, un neuropsychologue, leurs parents et un est venu de lui-même *(Tableau 17)*.

Les patients sont adressés pour différents motifs en rapport avec leur épilepsie. Nous avons identifié le motif de consultation principal de chacun : plus de 45%, soit 65 patients, sont adressés pour définir leur aptitude à un poste de travail dont 27 concernant le poste qu'il occupe au moment de la consultation et 38 pour un poste qu'il envisage d'occuper ; pour 39 PSE se posent des questions d'aptitude plus spécifiques comme la conduite professionnelle de véhicules légers (7,0%) et de poids lourds (6,3%), le travail en hauteur (7,8%), le travail de nuit (2,8%) et la conduite d'engins (3,5%), le plus souvent pour un poste qu'ils occupent au moment de la consultation ; enfin plus du quart de notre échantillon est adressée pour des conseils d'orientation professionnelle (26,6%) en fin de cursus scolaire, avant de commencer une formation professionnelle ou lors d'une reconversion professionnelle. Parmi ces derniers, 9 ont été adressés pour orientation mais ont déjà un projet professionnel pour lequel un conseil sur l'aptitude au poste envisagé a été donné *(Tableau 18)*.

1.3.2 Conclusions à l'issue de la consultation

1.3.2.1 Avis sur l'aptitude à l'issue de la consultation

Sur les 142 situations professionnelles et autant de maladies épileptiques étudiées en 2011 et 2012, la moitié (n=71) a reçu un avis favorable concernant l'aptitude au poste ou à l'activité actuel(le) (n=34) ou envisagé(e) (n=37), sous réserve, dans 47,9% des cas, d'un aménagement du poste en terme d'horaires, de restriction sur certaines activités, d'une prise en charge médicale adaptée, ou d'une validation du permis de conduire par la CMPC *(Tableau 19)*. Sur ces 71 dossiers, le motif de consultation concernait l'aptitude au poste dans 56 cas et l'aptitude à une activité spécifique dans 15 cas (principalement le travail en hauteur et la conduite d'engins) *(Tableau 20)*.

COMBARNOUS
(CC BY-NC-ND 2.0)

Une inaptitude définitive a été préconisée pour plus de 10% des patients de notre échantillon (n=15), dont 9 cas pour un poste occupé au moment de la consultation, les 6 autres pour un poste envisagé par le patient *(Tableau 19)*. Pour plus de la moitié de ces dossiers (n=8), la demande concernait une aptitude à une activité spécifique (notamment la conduite de poids lourds (n=5)) *(Tableau 20)*.

N=142	**Ensemble**		**Poste ou activité**		
			Actuel(le)	**Envisagé(e)**	**NC**
Avis à l'issue de la consultation	**n**	**%**	**n**	**n**	**n**
Aptitude validée	**71**	***50,0***	**34**	**37**	**-**
(dont aptitude validée avec réserve(s))	(34)	*(47,9)*	(17)	(17)	-
Inaptitude temporaire préconisée	**17**	***12,0***	**14**	**3**	**-**
Inaptitude définitive préconisée	**15**	***10,6***	**9**	**6**	**-**
Pas de décision	**1**	***0,7***	**-**	**1**	**-**
Conseils d'orientation	**28**	***19,7***	**-**	**9**	**19**
(et aptitude sur projet prof. validée)	(5)	*(17,9)*	-	(5)	-
(et aptitude sur projet prof. validée avec réserve(s))	(4)	*(14,3)*	-	(4)	-
Pas de retour à l'emploi immédiat envisageable	**10**	***7,0***	**-**	**-**	**10**

Tableau 19 – Avis sur l'aptitude au poste actuel ou envisagé rendu par le neurologue et le médecin du travail à l'issue de la consultation Epilepsie et Travail *(prof. = professionnel, NC = non concerné)*

	Motifs de consultation					
	Aptitude au poste (n=65)		**Aptitude à une activité spécifique (n=39)**		**Orientation professionnelle (n=38)**	
Avis à l'issue de la consultation	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Aptitude validée	**56**	***86,2***	**15[1]**	***38,5***	**-**	**-**
(dont aptitude validée avec réserve(s))	(28)	*(50,0)*	(6)	*(40,0)*	-	-
Inaptitude temporaire préconisée	**1**	***1,5***	**16[2]**	***41,0***	**-**	**-**
Inaptitude définitive préconisée	**7**	***10,8***	**8[3]**	***20,5***	**-**	**-**
Pas de décision	**1**	***1,5***	**0**	***0***	**-**	**-**
Conseils d'orientation	**-**	**-**	**-**	**-**	**28**	***73,7***
Pas de retour à l'emploi immédiat envisageable	**-**	**-**	**-**	**-**	**10**	***26,3***

Tableau 20 – Avis sur l'aptitude rendu par le neurologue et le médecin du travail à l'issue de la consultation Epilepsie et Travail selon le motif de consultation *([1]travail en hauteur=7, conduite d'engins=4, conduite de VL=2, conduite de PL=1, travail de nuit=1 ; [2]conduite de VL=8, conduite de PL=4, travail en hauteur=3, conduite d'engins=1, travail de nuit=1 ; [3]conduite de PL=4, travail de nuit=2, travail en hauteur=1)*

COMBARNOUS
(CC BY-NC-ND 2.0)

Les 17 décisions d'inaptitude temporaire (12,0%) concernaient essentiellement le poste de travail occupé par le patient au moment de la consultation (14 cas sur 17) et dont l'adressant interrogeait sur une aptitude à des travaux spécifiques, notamment la conduite de VL et de PL et le travail en hauteur *(Tableau 19Tableau 20)*.

Une demande d'avis sur l'aptitude à un poste n'a pu être satisfaite : elle concernait un poste de conducteur de train à la SNCF et nécessitait l'avis du neurologue de la SNCF en raison de la réglementation spécifique de cet organisme. Ce dossier a été exclu de l'échantillon pour les analyses suivantes de ce chapitre, n'ayant pas donné lieu à des préconisations ou prescriptions, ni à un suivi IDEO *(Tableau 19 et Tableau* 20*: « Pas de décision »)*.

Parmi les 38 patients consultant pour des conseils d'orientation professionnelle, 9 avaient un projet professionnel ou de formation sur lequel un avis sur l'aptitude pouvait être donné afin d'orienter le patient vers la poursuite de ce projet ou non. Tous ont eu un avis favorable avec cependant des réserves d'ordre médical ou professionnel pour 4 d'entre eux. Il a été conseillé à 10 patients, soit 7% de notre échantillon total, de privilégier les soins avant d'envisager un retour à l'emploi *(Tableau 19)*.

L'analyse par motifs de consultation montre que la grande majorité des patients venant pour un avis sur l'aptitude à un poste ont été considérés comme aptes à leur poste (86,2%) avec des réserves médicales ou professionnelles pour la moitié d'entre eux *(Tableau 20)*. L'aptitude à une activité spécifique comme la conduite de VL, de PL ou d'engins, le travail en hauteur ou de nuit, n'a été validée que dans 38,5% des cas ; une inaptitude temporaire a été préconisée pour 41,0% de ces patients et une inaptitude définitive pour 20,5% d'entre eux.

COMBARNOUS
(CC BY-NC-ND 2.0)

1.3.2.2 Préconisations, orientations et prescriptions

N=142	**Ensemble**	
Préconisations	**n**	***%***
Contre-indications professionnelles[1]	58	*41,1*
Aménagement du poste	49	*34,8*
Réorientation professionnelle	18	*12,8*
Prise en charge neurologique[2]	64	*45,4*
Prise en charge psychiatrique	27	*19,1*
Conseil d'hygiène de vie	45	*31,9*
Orientations / prescriptions	**n**	***%***
Orientation vers IDEO	**64**	***45,1***
Informations sur la CMPC		
- données au patient	**45**	***45,5***
- permis déjà validé	10	*10,1*
- patient non concerné	30	*30,3*
- (données manquantes)	(43)	-
Volet médical du dossier de RQTH		
- rempli lors de la consultation Epilepsie et Travail	**38**	***27,0***
- patients ayant déjà une RQTH ou dont la demande est en cours	56	*39,7*
- RQTH refusée	4	*2,8*
- (données manquantes)	(1)	-
Prescription d'un bilan neuropsychologique (BNP)		
- faite lors de la consultation Epilepsie et Travail	**18**	***12,7***
- BNP déjà réalisés	19	*13,4*
Orientation vers un milieu professionnel protégé (EA/ESAT)	**10**	***7,0***

Tableau 21 – Préconisations, orientations et prescriptions réalisées par l'équipe pluriprofessionnelle à l'issue de la consultation *([1]Conduite de VL, conduite d'engins, travail en hauteur, travail de nuit, travail à temps plein, horaires irréguliers, station debout prolongée, utilisation de machines dangereuses, surveillance aquatique, port d'armes, travail de précision ; [2]Reprise d'un suivi médical, EEG, observance du traitement, réadaptation du traitement) (CMPC = Commission médicale des permis de conduire, BNP = bilan neuropsychologique, RQTH = Reconnaissance en qualité de travailleur handicapé, EA/ESAT = Entreprise Adaptée/ Etablissement et service d'aide par le travail)*

La préconisation la plus souvent émise par l'équipe pluriprofessionnelle est la prise en charge neurologique (45,4%), sous-entendant la reprise d'un suivi médical plus rapproché, la réalisation d'un électro-encéphalogramme de contrôle, une surveillance de l'observance du traitement ou une réadaptation du traitement selon les cas. Des contre-indications professionnelles sont énoncées pour plus de 40% des patients ; celles-ci sont très diverses selon les dossiers concernant la conduite, le travail en hauteur ou de nuit, les

COMBARNOUS
(CC BY-NC-ND 2.0)

conditions horaires, le port d'armes ou la surveillance aquatique. Nous reprécisons que ces contre-indications ont pu donner lieu à un avis favorable ou non sur l'aptitude selon le motif de consultation et l'impact de cette contre-indication sur le maintien dans l'emploi ou dans le projet professionnel du patient *(Tableau 21)*.

Outre ces préconisations, la consultation Epilepsie et Travail a également un rôle d'information, de prévention et d'orientation qui va porter principalement sur l'accompagnement par l'association IDEO, la conduite, la reconnaissance en qualité de travailleur handicapé, l'évaluation des difficultés neuropsychologiques et le travail en milieu protégé. Ainsi, au terme de la consultation, 45,1% des patients sont orientés vers IDEO *(Tableau 21)* – dont nous verrons les actions dans le paragraphe suivant. Le premier contact avec un membre de l'association ayant lieu pendant la consultation, les renseignements nécessaires à l'accompagnement de la PSE tels que sa situation sociale ou les éventuelles restrictions professionnelles imposées par sa maladie sont déjà connues du partenaire IDEO permettant une prise en charge plus rapidement efficace et adaptée.

Il a également été rappelé à un pourcentage important de patients (45 sur 99 patients) les obligations légales concernant le permis de conduire, notamment la nouvelle législation en vigueur et la nécessité de faire valider son permis par le médecin de la commission médicale préfectorale des permis de conduire. Seulement 10,1% avaient fait valider leur permis par la commission au moment de leur consultation *(Tableau 21)*.

La reconnaissance en qualité de travailleur handicapé (RQTH) peut être une aide précieuse dans la recherche et le maintien dans l'emploi de nombreuses PSE du fait du caractère invalidant des crises et des comorbidités psychiatriques et neuropsychologiques. Près de 40% des patients avaient déjà une RQTH ou la demande était en cours auprès de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) de leur secteur lors de leur consultation. Une information sur cette démarche a été donnée à 42 patients, pour 38 d'entre eux, favorables à cette démarche, le neurologue a complété la partie médicale du dossier afin qu'ils puissent entamer la procédure auprès de la MDPH, 4 patients ont refusé cette aide *(Tableau 21)*.

Une prescription pour un bilan neuropsychologique, organisé en partenariat avec l'association IDEO, a été faite pour 18 patients afin d'évaluer précisément les difficultés rencontrées par ces PSE *(Tableau 21)*. Un rendez-vous est convenu à l'issue de ce bilan afin d'expliquer les conclusions de cette évaluation et d'affiner les préconisations concernant l'aménagement de son poste ou les conseils sur son orientation.

COMBARNOUS
(CC BY-NC-ND 2.0)

Dans certaines situations plus complexes, l'orientation vers le milieu protégé, de façon temporaire ou définitive, peut être une alternative intéressante permettant une activité professionnelle dans des conditions adaptées au patient, aux contraintes et aux difficultés liées à sa maladie. Le travail en milieu protégé a été conseillé à 10 PSE de notre échantillon *(Tableau 21)*.

1.3.3 Suivi IDEO

Plus de la moitié des patients de notre échantillon (50,7%) s'est vu proposé un suivi individualisé d'aide à la recherche ou au maintien dans l'emploi par l'association IDEO, soit à l'issue de la consultation, soit déjà débuté avant la consultation et adressé à celle-ci par IDEO. Près de 78% d'entre eux ont bénéficié de ce suivi ; sur 72 patients, 11 ont été perdus de vue prématurément, ne se présentant plus aux rendez-vous proposés malgré les sollicitations de l'association, et n'ont pas pu bénéficier de toutes les prestations qui auraient pu leur être utiles *(Tableau 22)*.

	Ensemble	
Suivi IDEO	**n**	***%***
Oui	72	*50,7*
Non	70	*49,3*
Arrêt prématuré du suivi	**n**	***%***
Non	56	*77,8*
Oui pour soins	5	*6,9*
Perdus de vu	11	*15,3*
Actions IDEO	**n**	***%***
Orientation vers la consultation Epilepsie et Travail	28	*38,9*
Aide à l'élaboration du projet professionnel	34	*47,2*
Appui dans la recherche d'emploi	21	*29,2*
Aide au maintien dans l'emploi	15	*20,8*
Suivi en emploi	8	*11,1*
Aide aux démarches administratives (recherche d'emploi, RQTH…)	21	*29,2*
Evaluation en milieu de travail	3	*4,2*
Organisation du bilan neuropsychologique	11	*15,3*

Tableau 22 – Suivi et causes d'arrêt prématuré du suivi par l'association IDEO, nature des actions au cours du suivi

COMBARNOUS
(CC BY-NC-ND 2.0)

La nature et le nombre des actions d'IDEO peuvent être très diverses selon les besoins de la PSE quant à son employabilité. 28 patients ont connu l'association IDEO avant d'être vus à la consultation Epilepsie et Travail. Ils ont été adressés à la consultation afin de définir les limites professionnelles éventuelles imposées par leur maladie et de mieux cibler leur recherche d'emploi ou assurer un maintien dans l'emploi mieux optimisé. Près de la moitié des patients suivis par IDEO (47,2%) ont eu besoin d'une aide à l'élaboration de leur projet professionnel et près de 30% de conseils pour la recherche d'emploi. Trois patients ont pu bénéficier d'une évaluation en milieu de travail permettant un démarrage concret du projet professionnel. Les prestations de maintien en emploi et de suivi dans l'emploi sont moins nombreuses (20,8% et 11,1%). On observe également un taux important de patients nécessitant de l'aide pour les démarches administratives (29,2%) souvent lors de la recherche d'emploi ou pour les dossiers de RQTH. L'association s'occupe par ailleurs de l'organisation des bilans neuropsychologiques *(Tableau 22)*.

COMBARNOUS
(CC BY-NC-ND 2.0)

2 ANALYSE SELON LA PHENOMENOLOGIE EPILEPTIQUE

La partie la plus « visible » de l'épilepsie étant les crises, nous nous sommes demandés si l'expression généralisée ou partielle des crises, ou phénoménologie épileptique, indépendamment du type d'épilepsie, pouvait influencer l'employabilité des PSE.

Nous avons constitué 2 groupes de patients au sein de notre échantillon que nous avons comparés selon la phénoménologie épileptique. Les PSE appartenant au groupe « phénoménologie généralisée » présentent des crises généralisées d'emblée ou se généralisant secondairement systématiquement et sont au nombre de 64. Le second groupe est composé de 69 patients présentant des crises partielles sans généralisation secondaire systématique.

Après une brève comparaison des données sociodémographiques et du contrôle de la maladie dans nos deux ensembles, nous étudierons l'impact de l'expression des crises, généralisée ou partielle, sur le statut professionnel, le niveau de formation, l'obtention du permis de conduire, l'avis rendu et les préconisations faites en fin de consultation.

2.1 Caractéristiques sociodémographiques

Les données démographiques montrent une répartition inégale des hommes et des femmes avec une relation statistiquement significative dans notre échantillon entre le sexe et la phénoménologie épileptique (p-value = 0,07). On retrouve près de 80% d'hommes chez les patients présentant une phénoménologie généralisée et un peu moins de 65% parmi ceux ayant une phénoménologie partielle *(Tableau 23)*.

Les PSE du groupe « phénoménologie généralisée » sont globalement plus jeunes avec plus de la moitié de leur effectif ayant moins de 35 ans (53,1%) et une médiane d'âge de 33,5 ans [24,5 ; 42]. Il n'y a cependant pas de lien significatif entre l'âge et la phénoménologie épileptique des patients. La tranche d'âge de 15-34 ans représente 40,5% des phénoménologies partielles et la médiane d'âge de ce groupe est de 37 ans [25 ; 45]. La tranche d'âge la plus représentée dans les deux groupes est celle des 35-44 ans *(Tableau 23 etTableau* 24*)*.

Il n'y a pas de différence significative entre les phénoménologies généralisée et partielle pour le statut familial, en dehors du nombre d'enfants dans les familles ayant un ou plusieurs enfants : la moyenne étant de 1,7 pour les patients présentant une

COMBARNOUS
(CC BY-NC-ND 2.0)

phénoménologie généralisée et de 2,3 pour ceux ayant une phénoménologie partielle avec une p-value de 0,04 entre les deux groupes *(Tableau 24)*.

	Phénoménologie épileptique				P-value
	Généralisée		Partielle		
Sexe	**n**	***%***	**n**	***%***	**0,07**
Homme	50	*78,1*	44	*63,8*	
Femme	14	*21,9*	25	*36,2*	
Classe d'âge	**n**	***%***	**n**	***%***	**0,3**
15-24 ans	16	*25,0*	17	*24,6*	
25-34 ans	18	*28,1*	11	*15,9*	
35-44 ans	19	*29,7*	22	*31,9*	
45 ans et plus	11	*17,2*	19	*27,5*	
Statut conjugal	**n**	***%***	**n**	***%***	**0,4**
Chez parents	18	*28,6*	24	*34,8*	
Couple	22	*34,9*	27	*39,1*	
Célibataire, séparé(e), veuf(ve)	23	*36,5*	18	*26,1*	
(Données manquantes)	(1)	-	(0)	-	
Enfant(s)	**n**	***%***	**n**	***%***	**0,9**
Non	39	*62,9*	43	*63,2*	
Oui	23	*37,1*	25	*36,8*	
(Données manquantes)	(2)	-	(1)	-	

Tableau 23 - Répartition de l'échantillon par sexe, âge et situation familiale selon la phénoménologie épileptique

	n	**Moyenne**	***std***	**Médiane**	***q1***	***q3***	**P-value**
Age (ans)							**0,3**
Phénom. Généralisée	64	33,2	*11,7*	33,5	*24,5*	*42*	
Phénom. Partielle	69	35,1	*12,2*	37	*25*	*45*	
Nombre d'enfant(s)							**0,6**
Phénom. Généralisée	62	0,7	*1,0*	0	*0*	*1*	
Phénom. Partielle	68	0,9	*1,4*	0	*0*	*2*	
Nombre d'enfant >0							**0,04**
Phénom. Généralisée	23	1,7	*1,0*	1	*1*	*2*	
Phénom. Partielle	25	2,3	*1,3*	2	*2*	*3*	

Tableau 24 – Moyenne et médiane des âges et du nombre d'enfants selon la phénoménologie épileptique *(phénom. = phénoménologie)*

COMBARNOUS
(CC BY-NC-ND 2.0)

2.2 Contrôle de la maladie

Alors que les pourcentages de patients ayant une épilepsie contrôlée et non contrôlée sont sensiblement proches dans le groupe des phénoménologies généralisées (45,3% et 43,8%), on observe une proportion nettement plus importante de maladies non contrôlées dans les phénoménologies partielles (62,3%) avec moins de 30% des PSE libres de crise (29%). Cette différence est statistiquement significative (p=0,03) *(Tableau 25)*.

Le contrôle de l'épilepsie est obtenu sous traitement médicamenteux antiépileptique pour près de 80% des patients ayant une phénoménologie généralisée, sans traitement pour les autres membres de ce groupe. Trente-cinq pour cent des patients présentant des crises partielles ont bénéficié d'un traitement chirurgical ; seulement 10% de ce groupe est libre de crise sans traitement *(Tableau 25)*.

Pour respectivement 7 et 6 PSE, ce critère n'a pu être évalué à cause d'un changement thérapeutique récent ou par manque de recul sur l'évolution suite à une première et unique crise *(Tableau 25)*.

	Phénoménologie épileptique			
	Généralisée		**Partielle**	
Contrôle de la maladie	**n**	***%***	**n**	***%***
Contrôlée*	**29**	***45,3***	**20**	***29,0***
Sans traitement	6	*20,7*	2	*10,0*
Avec antiépileptiques	23	*79,3*	11	*55,0*
Après chirurgie	0	*0*	3	*15,0*
Après chirurgie et avec antiépileptiques	0	*0*	4	*20,0*
Non contrôlée*	**28**	***43,8***	**43**	***62,3***
Non évaluable	**7**	***10,9***	**6**	***8,7***

Tableau 25 – Contrôle de la maladie au moment de la consultation selon la phénoménologie épileptique
*(*p-value généralisée vs partielle = 0,03)*

COMBARNOUS
(CC BY-NC-ND 2.0)

2.3 Caractéristiques professionnelles

2.3.1 Statut professionnel

Il n'y a pas de lien significatif entre le statut professionnel et la phénoménologie épileptique. Le pourcentage de patients non scolaires en CDI est cependant légèrement plus élevé chez les PSE présentant une phénoménologie généralisée (51,9% versus 41,1%) *(Tableau 26)*.

Les moyennes des durées d'inactivité des patients sans emploi sont sensiblement proches dans les deux groupes, de 2,5 ans pour les phénoménologies généralisées [σ = 3,4] et de 2,8 ans pour les phénoménologies partielles [σ = 2,8] *(Tableau 27)*.

	Phénoménologie épileptique				**P-value**
	Généralisée		**Partielle**		
Statut professionnel	**n**	***%***	**n**	***%***	
Dans l'échantillon complet (N=113)					Non applicable
Scolaires	3	*4,7*	5	*7,2*	
En contrat d'apprentissage	7	*10,9*	8	*11,6*	
CDD ou assimilé	2	*3,1*	6	*8,7*	
CDI ou assimilé	28	*43,8*	23	*33,3*	
Sans emploi	24	*37,5*	27	*39,1*	
Hors patients scolaires et en apprentissage (N=90)					**0,8**
CDD ou assimilé	2	*3,7*	6	*10,7*	
CDI ou assimilé	28	*51,9*	23	*41,1*	
Sans emploi	24	*44,4*	27	*48,2*	
PCS 2003 niveau 1	**n**	***%***	**n**	***%***	
3 Cadres et professions intellectuelles supérieures	1	*3,3*	0	*0*	
4 Professions intermédiaires (techniciens, agents de maîtrise et autres)	3	*10,0*	4	*13,8*	
5 Employés*	7	*23,3*	12	*41,4*	***0,2**
6 Ouvriers*	19	*63,3*	13	*44,8*	

Tableau 26 – Statut professionnel et répartition des patients actifs dans la classification PCS 2003 selon la phénoménologie épileptique *(CDD = contrat à durée déterminée, CDI = contrat à durée indéterminée)*

	n	**Moyenne**	***std***	**P-value**
Durée d'inactivité (ans)				**0,5**
Phénoménologie généralisée	21	2,5	*3,4*	
Phénoménologie partielle	23	2,8	*2,8*	

Tableau 27 – Moyenne de la durée d'inactivité des patients sans emploi au moment de la consultation selon la phénoménologie épileptique

COMBARNOUS
(CC BY-NC-ND 2.0)

La répartition des patients actifs selon la classification PCS 2003 montre des pourcentages d'ouvriers et d'employés similaires chez les personnes souffrant de crises partielles (44,8% et 41,4%) ; la proportion d'ouvriers est nettement plus importante chez les patients présentant exclusivement des crises généralisées (63,3%). Dans les deux groupes, les professions intermédiaires et les cadres et professions intellectuelles supérieures représentent moins de 15% des effectifs (13,3% et 13,8%) *(Tableau 26)*.

2.3.2 Niveau de formation et permis de conduire

	Phénoménologie épileptique			
	Généralisée		**Partielle**	
Niveau de formation	**n**	***%***	**n**	***%***
En cours de formation	**10**		**13**	
(0)	3	*30,0*	4	*30,8*
(V)	4	*40,0*	4	*30,8*
(IV)	2	*20,0*	3	*23,1*
(III)	1	*10,0*	2	*15,4*
Pas de formation en cours[1]	**51**		**55**	
0	19	*37,2*	14	*25,5*
V	19	*37,2*	23	*41,8*
IV	7	*13,7*	10	*18,2*
III	5	*9,8*	2	*3,6*
II	1	*2,0*	5	*9,1*
I	0	*0*	1	*1,8*
(Données manquantes)	**(3)**		**(1)**	
Permis de conduire[2]	**n**	***%***	**n**	***%***
Non	**7**	***17,9***	**10**	***27,0***
Oui	**30**	***76,9***	**26**	***70,3***
- permis B	30	-	26	-
- permis C	9	-	1	-
- permis EC	1	-	1	-
Formation en cours	**2**	***5,1***	**1**	***2,7***
(Moins de 18 ans)	(9)	-	(6)	-
(Données manquantes)	(16)	-	(26)	-

Tableau 28 – Niveau de formation et obtention d'un permis de conduire selon la phénoménologie épileptique *([1]p-value [niveau 0 et V] versus [niveau IV, III, II et I] = 0,4 ; [2]p-value non versus oui = 0,5)*

Parmi les patients n'étant pas en formation, plus de 40% des sujets présentant une phénoménologie partielle sont de niveau CAP-BEP (ou V) (41,8%) et un quart n'ont aucun diplôme (ou niveau 0) (25,5%). Dans le groupe de phénoménologie généralisée, la

COMBARNOUS
(CC BY-NC-ND 2.0)

proportion de PSE sans diplôme est plus importante (37,2%), égale à celle des sujets ayant un niveau V de formation. On observe ainsi un pourcentage légèrement plus élevé de patients de niveau CAP-BEP ou moins (niveau 0 et V) (74,4%) chez les PSE présentant uniquement des crises généralisées, d'emblée ou secondairement, par rapport à celles ayant des crises partielles (67,3%) (p-value = 0,4) *(Tableau 28)*.

La phénoménologie épileptique ne semble pas avoir d'incidence sur le fait d'avoir ou non un permis de conduire. 76,9% des PSE ayant une phénoménologie généralisée et 70,3% de celles présentant une phénoménologie partielle détiennent au moins le permis B. On compte 9 patients dans le groupe de phénoménologie généralisée ayant un permis pour la conduite de poids lourds (permis C) contre un seul dans celui des PSE à phénoménologie partielle *(Tableau 28)*.

2.4 Consultation et suites de prise en charge

2.4.1 Motifs de consultation et avis sur l'aptitude

Parmi les PSE présentant une phénoménologie généralisée, 3/4 des patients ont été adressés pour un avis sur l'aptitude à un poste ou à des travaux spécifiques (respectivement 40,6% et 34,4%). Les motifs de consultation concernant l'aptitude à des travaux spécifiques concernent le plus souvent la conduite de poids lourds (36,4%), le travail en hauteur (31,8%) et la conduite de véhicules légers (22,7%). Dans le groupe de phénoménologie partielle, les avis sur l'aptitude à des travaux spécifiques sont moins demandés (21,7%) et la répartition selon le type de travaux est sensiblement différente avec plus de la moitié des motifs de consultation concernant la conduite de véhicules légers (26,7%) et d'engins (26,7%) *(Tableau 29)*.

Dans les deux groupes, l'aptitude a été validée pour près de la moitié des patients (48,4% et 47,8%), une inaptitude définitive est préconisée pour un peu plus de 10% des PSE (10,9%et 10,1%). Parmi les demandes d'orientation professionnelle, un retour à l'emploi ne semblait pas envisageable à court terme pour 6,3% des personnes présentant une phénoménologie généralisée et 8,7% de celles ayant une phénoménologie partielle *(Tableau 29)*.

COMBARNOUS
(CC BY-NC-ND 2.0)

	Phénoménologie épileptique			
	Généralisée		Partielle	
Motifs de consultation	**n**	***%***	**n**	***%***
Aptitude au poste	**26**	***40,6***	**33**	***47,8***
Aptitude travaux spécifiques	**22**	***34,4***	**15**	***21,7***
- conduite de VL	5	*22,7*	4	*26,7*
- conduite de PL	8	*36,4*	1	*6,7*
- travail en hauteur	7	*31,8*	3	*0,2*
- travail de nuit	1	*4,5*	3	*0,2*
- conduite d'engins	1	*4,5*	4	*26,7*
Orientation professionnelle	**16**	***25,0***	**21**	***30,4***
Avis à l'issue de la consultation	**n**	***%***	**n**	***%***
Aptitude validée	**31**	***48,4***	**33**	***47,8***
(dont validée avec réserve(s))	(13)	-	(18)	-
Inaptitude temporaire préconisée	**10**	***15,6***	**7**	***10,1***
Inaptitude définitive préconisée	**7**	***10,9***	**7**	***10,1***
Pas de décision	**0**	***0***	**1**	***1,4***
Conseils d'orientation	**12**	***18,8***	**15**	***21,7***
(et aptitude sur projet prof. validée)	(2)	-	(3)	-
(et aptitude sur projet prof. validée avec réserve(s))	(2)	-	(2)	-
Pas de retour à l'emploi immédiat envisageable	**4**	***6,3***	**6**	***8,7***

Tableau 29 – Motifs de consultation des patients et avis sur l'aptitude rendu par le neurologue et le médecin du travail à l'issue de la consultation Epilepsie et Travail selon la phénoménologie épileptique *(VL = véhicules légers, PL = poids lourds, NC = non concerné ; prof. = professionnel)*

2.4.2 Préconisations, orientations et prescriptions

Les préconisations médicales, neurologiques ou psychiatriques, ou professionnelles comme une contre-indication à une activité spécifique, un aménagement de poste, une réorientation, ne semblent pas liées à la phénoménologie. On observe une différence pour les conseils d'hygiène de vie plus fréquemment donnés aux patients présentant une phénoménologie généralisée *(Tableau 30)*.

De la même façon, les orientations et prescriptions délivrées à l'issue de la consultation ne semblent pas corrélées à la phénoménologie épileptique, notamment la prescription d'un bilan neuropsychologique (10,9% et 15,9%, p-value = 0,6), l'orientation vers IDEO (48,4% et 44,9%, p-value = 0,7) ou vers un milieu professionnel protégé (9,4% et 5,8%, p-value = 0,5) *(Tableau 30)*.

COMBARNOUS
(CC BY-NC-ND 2.0)

	Phénoménologie épileptique				P-value
	Généralisée		Partielle		
Préconisations	**n**	***%***	**n**	***%***	
Contre-indications professionnelles[1]	25	*39,1*	27	*39,7*	**0,9**
Aménagement du poste	20	*31,3*	25	*36,8*	**0,5**
Réorientation professionnelle	10	*15,6*	8	*11,8*	**0,5**
Prise en charge neurologique[2]	32	*50,0*	27	*39,7*	**0,2**
Prise en charge psychiatrique	13	*20,3*	12	*17,7*	**0,7**
Conseil d'hygiène de vie	27	*42,2*	14	*20,6*	**0,007**
Orientations / prescriptions	**n**	***%***	**n**	***%***	
Informations sur la CMPC					**Non applicable**
- données au patient	**25**	***39,1***	**18**	***26,5***	
- permis déjà validé	3	*4,7*	6	*8,8*	
- patient non concerné	15	*23,4*	14	*20,6*	
- (données manquantes)	(17)	-	(25)	-	
Prescription d'un bilan neuropsychologique (BNP)					**0,6**
- faite lors de la consultation Epilepsie et Travail	**7**	***10,9***	**11**	***15,9***	
- BNP déjà réalisé(s)	8	*12,5*	10	*14,5*	
Volet médical du dossier de RQTH					**Non applicable**
- rempli lors de la consultation Epilepsie et Travail	**20**	***31,2***	**16**	***23,2***	
- patients ayant déjà une RQTH ou dont la demande est en cours	19	*29,7*	25	*36,2*	
- RQTH refusée	3	*4,7*	1	*1,5*	
- patients non concernés	2	*3,1*	0	*0*	
- (données manquantes)	(1)	-	(0)	-	
Orientation vers IDEO	**31**	***48,4***	**31**	***44,9***	**0,7**
Orientation vers un milieu professionnel protégé (EA/ESAT)	**6**	***9,4***	**4**	***5,8***	**0,5**

Tableau 30 – Préconisations, orientations et prescriptions réalisées par l'équipe pluriprofessionnelle à l'issue de la consultation selon la phénoménologie épileptique *([1]Conduite de VL, conduite d'engins, travail en hauteur, travail de nuit, travail à temps plein, horaires irréguliers, station debout prolongée, utilisation de machines dangereuses, surveillance aquatique, port d'armes, travail de précision ; [2]Reprise d'un suivi médical, EEG, observance du traitement, réadaptation du traitement) (CMPC = Commission médicale des permis de conduire, BNP = bilan neuropsychologique, RQTH = Reconnaissance en qualité de travailleur handicapé, EA/ESAT = Entreprise Adaptée/ Etablissement et service d'aide par le travail)*

COMBARNOUS
(CC BY-NC-ND 2.0)

2.4.3 Suivi IDEO

Comme le laissait prévoir les chiffres précédents concernant l'orientation vers IDEO, le suivi IDEO ne dépend pas de la phénoménologie généralisée ou partielle présentée par les patients, les pourcentages de PSE ayant bénéficié de ce suivi étant respectivement 53,1% et 50,7% (p-value = 0,8). L'observance du suivi est également comparable dans les deux ensembles *(Tableau 31)*.

	Phénoménologie épileptique			
	Généralisée		**Partielle**	
Suivi IDEO*	**n**	***%***	**n**	***%***
Oui	34	*53,1*	35	*50,7*
Non	30	*46,9*	34	*49,3*
Arrêt prématuré du suivi	**n**	***%***	**n**	***%***
Non	27	*42,2*	26	*37,7*
Oui pour soins	3	*4,7*	2	*2,9*
Perdus de vu	4	*6,2*	7	*10,1*

Tableau 31 – Suivi par l'association IDEO et causes d'arrêt prématuré du suivi selon la phénoménologie épileptique *(*p-value = 0,8)*

COMBARNOUS
(CC BY-NC-ND 2.0)

3 ANALYSE SELON LE STATUT PROFESSIONNEL

Après avoir étudié l'impact de l'expression des crises sur l'employabilité des patients de notre échantillon, nous avons cherché à savoir si certaines caractéristiques de la maladie étaient liées au fait d'être ou non en activité et quelle prise en charge était proposée aux patients selon leur statut professionnel.

Pour cela, nous avons analysé les caractéristiques épileptologiques entre deux groupes de patients : ceux ayant une activité professionnelle (n=65) et ceux sans emploi (n=52). Ont été exclus les patients en formation ou scolaires. Une brève description sociodémographique précède cette analyse, incluant le niveau de formation et la détention d'un permis de conduire, ces dernières variables influençant notablement le statut professionnel. Enfin, nous précisons les conclusions des spécialistes à l'issue de la consultation et les suivis réalisés par l'organisme d'insertion et maintien dans l'emploi en fonction du fait d'être en activité ou sans emploi.

3.1 Caractéristiques socioprofessionnelles

3.1.1 Caractéristiques sociodémographiques

La proportion de femmes est un peu plus importante dans le groupe de PSE sans emploi que dans le groupe de celles en activité (34,6% versus 27,7%) sans qu'il y ait de lien significatif entre le sexe et le statut professionnel (p-value = 0,4). La répartition par classe d'âge est également proche dans les 2 groupes (p-value = 0,5) *(Tableau 32)*.

Le statut conjugal est quant à lui statistiquement lié au fait d'être ou non dans l'emploi (p-value = 0,02). Les patients en activité sont en couple pour plus de la moitié d'entre eux (56,2%) et on compte 1 sujet sur 8 vivant chez ses parents. Dans le groupe « sans emploi », la proportion de PSE en couple atteint à peine un tiers de l'effectif (32,7%) et plus d'un quart d'entre elles habitent chez leurs parents (28,8%). Les pourcentages de patients avec enfants sont semblables dans les deux groupes *(Tableau 32)*.

COMBARNOUS
(CC BY-NC-ND 2.0)

N=117	Statut professionnel				P-value
	En activité		Sans emploi		Généralisé vs partiel
Sexe	**n**	**%**	**n**	**%**	**0,4**
Homme	47	*72,3*	34	*65,4*	
Femme	18	*27,7*	18	*34,6*	
Classe d'âge	**n**	**%**	**n**	**%**	**0,5**
15-24 ans	5	*7,7*	7	*13,5*	
25-34 ans	18	*27,7*	13	*25,0*	
35-44 ans	22	*33,8*	21	*40,4*	
45 ans et plus	20	*30,8*	11	*21,1*	
Statut conjugal	**n**	**%**	**n**	**%**	**0,02**
Chez parents	8	*12,5*	15	*28,8*	
Couple	36	*56,2*	17	*32,7*	
Célibataire, séparé(e), veuf(ve)	20	*31,3*	20	*38,5*	
(Données manquantes)	(1)	-	(0)	-	
Enfant(s)	**n**	**%**	**n**	**%**	**0,3**
Non	32	*50,8*	31	*60,8*	
Oui	31	*49,2*	20	*39,2*	
(Données manquantes)	(2)	-	(1)	-	

Tableau 32 - Répartition de l'échantillon par sexe, âge et situation familiale selon le statut professionnel

3.1.2 Niveau de formation et permis de conduire

Les pourcentages de patients de niveau CAP-BEP ou moins (niveau 0 et V) sont quasiment égaux chez les PSE en activité et celles sans emploi (respectivement 70,5% et 70,6%) *(Tableau 33)*.

Alors que près de 9 patients en activité sur 10 détiennent un permis de conduire ou sont en cours de formation à la conduite (89,4%), on compte plus d'un quart des PSE sans emploi sans permis de conduire (25,9%). On remarque également qu'aucun sujet du groupe « sans emploi » n'a de permis poids lourd (C) ou super lourd (EC) *(Tableau 33)*.

COMBARNOUS
(CC BY-NC-ND 2.0)

	Statut professionnel			
	En activité		Sans emploi	
Niveau de formation	**n**	***%***	**n**	***%***
0	21	*34,4*	13	*25,5*
V	22	*36,1*	23	*45,1*
IV	11	*18,0*	6	*11,8*
III	4	*6,6*	5	*9,8*
II	3	*4,9*	3	*5,9*
I	0	*0*	1	*2,0*
(Données manquantes)	(4)	-	(1)	-
Permis de conduire	**n**	***%***	**n**	***%***
Non*	**5**	***10,6***	**7**	***25,9***
Oui*	**40**	***85,1***	**20**	***74,1***
- permis B	40	-	20	-
- permis C	10	-	0	-
- permis EC	2	-	0	-
Formation en cours	**2**	***4,3***	**0**	***0***
(Moins de 18 ans)	(0)	-	(1)	-
(Données manquantes)	(18)	-	(24)	-

Tableau 33 – Niveau de formation et possession d'un permis de conduire selon le statut professionnel *(*p-value non versus oui = 0,1)*

3.2 Caractéristiques de l'épilepsie

3.2.1 Caractéristiques épileptologiques

Aucun lien statistique n'est retrouvé entre le statut professionnel et le type d'épilepsie généralisé ou partiel (p-value = 0,6) *(Tableau 34)*.

Plus de 75% des patients sans emploi ont une épilepsie ayant débuté avant 30 ans (76,5%) contre 60,9% chez ceux en activité. La comparaison statistique de ces deux proportions trouve une p-value proche de la significativité (p-value = 0,08), l'âge de la première crise étant globalement plus tardif chez les PSE en activité *(Tableau 34)*.

L'existence ou non de facteurs déclenchants des crises est statistiquement indépendant du statut professionnel des PSE dans notre échantillon (p-value = 0,2) *(Tableau 34)*.

COMBARNOUS
(CC BY-NC-ND 2.0)

	Statut professionnel				P-value
	En activité		Sans emploi		
Type d'épilepsie	**n**	***%***	**n**	***%***	**0,6[1]**
Généralisé[1]	14	*21,5*	15	*28,8*	
Partiel[1]	42	*64,6*	36	*69,2*	
Indéterminé	5	*7,7*	1	*1,9*	
Crise unique	4	*6,1*	0	*0*	
Age de la première crise	**n**	***%***	**n**	***%***	**0,08[2]**
[0-8] ans	13	*20,3*	11	*21,6*	
]8-16] ans	10	*15,6*	13	*25,5*	
]16-30] ans	16	*25,0*	15	*29,4*	
> 30 ans	25	*39,1*	12	*23,5*	
(Données manquantes)	(1)	-	(1)	-	
Nombre de facteurs déclenchants	**n**	***%***	**n**	***%***	**0,2**
Aucun facteur	21	*32,3*	11	*21,2*	
1 facteur ou plus	44	*67,7*	41	*78,8*	

Tableau 34 – Caractéristiques épileptologiques selon le statut professionnel *([1]p-value généralisé versus partiel ; [2]p-value [0;30 ans] vs > 30 ans)*

3.2.2 Comorbidités

	Statut professionnel			
	En activité		Sans emploi	
Comorbidités*	**n**	***%***	**n**	***%***
Neuropsychologiques exclusivement	7	*10,8*	13	*25,0*
Psychiatriques exclusivement	16	*24,6*	13	*25,0*
Associant les 2 types de comorbidités	10	*15,4*	14	*26,9*
Aucune comorbidité neuropsychologique ou psychiatrique	32	*49,2*	12	*23,1*

Tableau 35 – Répartition des patients présentant des difficultés neuropsychologiques et/ou des comorbidités psychiatriques selon le statut professionnel *(*p-value = 0,01)*

La présence de comorbidités neuropsychologiques et/ou psychiatriques semble corrélée au statut professionnel (p-value = 0,01). Près de la moitié des PSE en activité n'ont aucune difficulté neuropsychologique, ni aucun trouble psychiatrique associés à leur épilepsie (49,2%), alors que cela ne concerne qu'un peu moins d'un quart des sujets sans emploi. Ces derniers sont touchés à proportions quasi égales par des comorbidités

COMBARNOUS
(CC BY-NC-ND 2.0)

neuropsychologiques (25,0%), psychiatriques (25%) ou les deux associées (26,9%). Ce sont les troubles psychiatriques qui prédominent chez les personnes en activité (24,6%) à taux quasiment égal celui des PSE sans emploi *(Tableau 35)*.

3.2.3 Contrôle de la maladie et traitements

Le contrôle de la maladie est statistiquement corrélé au fait d'avoir ou non une activité professionnelle (p-value = 0,05). Plus de 65% des patients sans emploi ont des crises au moins pluriannuelles au moment de la consultation ; seulement 30,8% des PSE de ce groupe sont libres de crises depuis plus d'un an ou ont moins d'une crise par an au moment de la consultation contre 40% des sujets en activité. On précise néanmoins que le contrôle de la maladie n'a pu être évalué pour un pourcentage important de PSE dans le groupe « en activité » (21,5%) en raison d'un changement thérapeutique récent ou par manque de recul sur l'évolution suite à une première et unique crise *(Tableau 36)*.

	Statut professionnel				**P-value**
	En activité		**Sans emploi**		
Contrôle de la maladie	**n**	***%***	**n**	***%***	**0,05[1]**
Contrôlées[1]	**26**	***40,0***	**16**	***30,8***	
Non contrôlées[1]	**25**	***38,5***	**34**	***65,4***	
Pluriannuelles	17	*77,3*	12	*38,7*	
Plurimensuelles	2	*9,1*	11	*35,5*	
Plurihebdomadaires	2	*9,1*	5	*16,1*	
Pluriquotidiennes	1	*4,5*	3	*9,7*	
(Données manquantes)	(3)	-	(3)	-	
Non évaluables	**14**	***21,5***	**2**	***3,8***	
Nombre de médicaments	**n**	***%***	**n**	***%***	**0,2**
Monothérapie	36	*55,4*	29	*55,8*	
Bithérapie	15	*23,1*	12	*23,1*	
Trithérapie ou plus	4	*6,1*	8	*15,4*	
Aucun médicament	10	*15,4*	3	*5,8*	
Traitement chirurgical	**n**	***%***	**n**	***%***	**0,6[2]**
Réalisé[2]	10	*15,4*	6	*11,5*	
Prévu	0	*0*	3	*5,8*	
Envisageable	7	*10,8*	3	*5,8*	
Non indiqué[2]	48	*73,8*	40	*76,9*	

Tableau 36 – Contrôle des crises et traitements selon le statut professionnel *([1]p-value contrôlées versus non contrôlées ; [2]p-value réalisé versus non indiqué)*

COMBARNOUS
(CC BY-NC-ND 2.0)

Les pourcentages de PSE sous mono- et bithérapie sont très proches entre les groupes de patients en activité et sans emploi (respectivement 78,5% et 78,9%). Il existe une différence chez les patients ne prenant aucun traitement qui représentent plus de 15% chez les sujets en activité et seulement 5,8% chez ceux sans emploi. On observe des proportions inverses pour les PSE sous trithérapie ou plus (respectivement 6,1% et 15,4%) *(Tableau 36)*.

La répartition des patients selon qu'un traitement chirurgical ait été réalisé, prévu, envisageable ou ne soit pas indiqué est globalement proche entre les deux groupes de patients *(Tableau 36)*.

3.3 Avis sur l'aptitude et suites de prise en charge

	Statut professionnel				**P-value**
	En activité		**Sans emploi**		
	n	**%**	**n**	**%**	
Avis à l'issue de la consultation					**-**
Aptitude validée	37	*56,9*	27	*51,9*	
(dont validée avec réserve(s))	(19)	-	(12)	-	
Inaptitude temporaire préconisée	15	*23,1*	2	*3,8*	
Inaptitude définitive préconisée	10	*15,4*	1	*1,9*	
Conseils d'orientation	2	*3,1*	13	*25,0*	
Pas de retour à l'emploi immédiat envisageable	1	*1,5*	9	*17,3*	
Orientation vers un milieu professionnel protégé (EA/ESAT)	**2**	***3,1***	**7**	***13,5***	**-**
Orientation vers IDEO	**22**	***33,8***	**37**	***71,1***	**<0,0001**
Suivi IDEO					**<0,0001**
Oui	25	*38,5*	42	*80,8*	
Non	40	*61,5*	10	*19,2*	
Arrêt prématuré du suivi					**-**
Non	23	*35,4*	29	*55,8*	
Oui pour soins	1	*1,5*	3	*5,8*	
Perdus de vu	1	*1,5*	10	*19,2*	

Tableau 37 – Avis sur l'aptitude et suites de prise en charge à l'issue de la consultation selon le statut professionnel *(prof. = professionnel)*

Le neurologue et le médecin du travail préconise une orientation vers un milieu professionnel protégé pour 7 patients sans emploi, soit 13,5% ; cela ne concerne que 2 PSE en activité, soit 3,1%. On observe également que l'association IDEO est beaucoup plus

COMBARNOUS
(CC BY-NC-ND 2.0)

largement sollicitée pour les personnes sans emploi à l'issue de la consultation (71,1%) afin de les aider dans l'élaboration de leur projet professionnel et dans leur recherche d'emploi par rapport aux sujets en activité (33,8%) qui peuvent nécessiter un appui dans le maintien à leur poste ou un accompagnement en cas de réorientation professionnelle préconisée (p-value < 0,0001). Au total, ce sont 42 PSE sans emploi sur 52 qui sont suivies par IDEO, contre seulement 25 PSE sur 65 en activité *(Tableau 37)*.

Un avis favorable sur l'aptitude au poste occupé ou envisagé a été donné à 56,9% des PSE en activité et 51,9% des patients sans emploi à l'issue de la consultation. Dans le groupe des sujets en activité, 10 inaptitudes définitives ont été préconisées (soit 15,4%) et pour un cas, le retour à l'emploi ne semble pas envisageable dans l'immédiat. On observe un nombre d'avis défavorable proche dans le groupe « sans emploi » avec une inaptitude définitive à un poste envisagé et 9 retours à l'emploi ne paraissant pas envisageable rapidement *(Tableau 37)*.

COMBARNOUS
(CC BY-NC-ND 2.0)

4 ANALYSE SELON L'AVIS DONNE EN FIN DE CONSULTATION

Dans cette dernière analyse, nous recherchons les caractéristiques socioprofessionnelles et épileptologiques associées à un avis favorable ou défavorable des spécialistes neurologue et médecin du travail à l'issue de la consultation. Les variables ainsi mises en évidence pourraient peut-être permettre un dépistage plus précoce des PSE susceptibles d'avoir une insertion professionnelle plus compliquée.

104 patients se sont présentés à la consultation Epilepsie et Travail avec pour motif de consultation une demande d'avis sur une aptitude à un poste, envisagé ou actuel, ou à une activité spécifique comme la conduite, le travail de nuit ou le travail en hauteur. Le neurologue et le médecin du travail se sont prononcés sur 103 dossiers. Pour 71 d'entre eux l'avis a été favorable, c'est-à-dire que le patient a été déclaré apte avec ou sans réserves. Pour 32 autres, l'avis a été défavorable, ne permettant pas la poursuite de l'activité professionnelle en question, de façon temporaire ou définitive. Pour dix PSE adressées pour des conseils en orientation, un retour à l'emploi immédiat ne semblait pas envisageable en raison de leur état de santé et aucune préconisation d'orientation professionnelle ne pouvait être formulée ; ces dossiers ont été ajoutés au groupe des « avis défavorables ».

4.1 Caractéristiques socioprofessionnelles

4.1.1 Caractéristiques sociodémographiques

Les caractéristiques sociodémographiques telles que le sexe, l'âge, le statut conjugal et le nombre d'enfants sont indépendantes de l'avis rendu en fin de consultation. On souligne cependant un pourcentage moins important de patients de 45 ans et plus dans le groupe ayant reçu un avis favorable (18,3% versus 28,6%) et une proportion plus importante de sujets en couple (45,1% versus 36,6%). Ces différences ne sont cependant pas statistiquement significatives *(Tableau 38)*.

COMBARNOUS
(CC BY-NC-ND 2.0)

N=133	Avis à l'issue de la consultation				P-value
	Favorable		Défavorable		
Sexe	**n**	***%***	**n**	***%***	**0,2**
Homme	48	*67,6*	33	*78,6*	
Femme	23	*32,4*	9	*21,4*	
Classe d'âge	**n**	***%***	**n**	***%***	**0,6**
15-24 ans	12	*16,9*	7	*16,7*	
25-34 ans	21	*29,6*	10	*23,8*	
35-44 ans	25	*35,2*	13	*30,9*	
45 ans et plus	13	*18,3*	12	*28,6*	
Statut conjugal	**n**	***%***	**n**	***%***	**0,7**
Chez parents	18	*25,3*	12	*29,3*	
Couple	32	*45,1*	15	*36,6*	
Célibataire, séparé(e), veuf(ve)	21	*29,6*	14	*34,1*	
(Données manquantes)	(0)	-	(1)	-	
Enfant(s)	**n**	***%***	**n**	***%***	**0,5**
Non	41	*57,7*	25	*64,1*	
Oui	30	*42,3*	14	*35,9*	
(Données manquantes)	(0)	-	(3)	-	

Tableau 38 - Répartition de l'échantillon par sexe, âge et situation familiale selon l'avis à l'issue de la consultation

4.1.2 Niveau de formation

	Avis à l'issue de la consultation			
	Favorable		Défavorable	
Niveau de formation	**n**	***%***	**n**	***%***
En cours de formation	**7**	***10,3***	**4**	***10,0***
(0)	0	*0*	0	*0*
(V)	5	*71,4*	0	*0*
(IV)	2	*28,6*	3	*75,0*
(III)	0	*0*	1	*25,0*
Pas de formation en cours	**61**	***89,7***	**36**	***90,0***
0	15	*24,6*	16	*44,4*
V	27	*44,2*	11	*30,6*
IV	10	*16,4*	5	*13,9*
III	4	*6,5*	3	*8,3*
II	5	*8,2*	1	*2,8*
I	0	*0*	0	*0*
(Données manquantes)	**(3)**	**-**	**(2)**	**-**

Tableau 39 – Niveau de formation selon l'avis à l'issue de la consultation *(*p-value [niveau 0 et V] versus [niveau IV, III, II et I] = 0,5)*

COMBARNOUS
(CC BY-NC-ND 2.0)

On retrouve des pourcentages similaires de PSE en formation dans les deux groupes, autour de 10%. Le niveau de formation semble plus élevé chez les PSE ayant eu un avis favorable avec 31,1% de patients ayant un niveau baccalauréat (IV) ou plus contre 25% chez les sujets dont l'avis sur l'aptitude a été défavorable mais la différence n'est pas statistiquement significative (p-value = 0,5) *(Tableau 39)*.

4.2 Caractéristiques de l'épilepsie

4.2.1 Caractéristiques épileptologiques

	Avis à l'issue de la consultation				P-value
	Favorable		Défavorable		
Type d'épilepsie	**n**	**%**	**n**	**%**	**0,9[1]**
Généralisé[1]	18	*25,3*	11	*26,2*	
Partiel[1]	45	*63,4*	28	*66,7*	
Indéterminé	4	*5,6*	2	*4,8*	
Crise unique	4	*5,6*	1	*2,4*	
Age de la première crise	**n**	**%**	**n**	**%**	**0,06[2]**
[0-8] ans	17	*24,2*	8	*19,5*	
]8-16] ans	16	*22,9*	8	*19,5*	
]16-30] ans	20	*28,6*	8	*19,5*	
> 30 ans	17	*24,3*	17	*41,5*	
(Données manquantes)	(1)	-	(1)	-	
Facteurs déclenchants	**n**	**%**	**n**	**%**	**0,4**
Aucun facteur	20	*28,2*	15	*35,7*	
1 facteur ou plus	51	*71.8*	27	*64,3*	
Prodromes	**n**	**%**	**n**	**%**	**0,7**
Jamais	44	*69,8*	25	*61,0*	
Parfois	3	*4,8*	3	*7,3*	
Toujours	16	*25,4*	13	*31,7*	
(Données manquantes)	(8)	-	(1)	-	

Tableau 40 – Caractéristiques épileptologiques selon l'avis à l'issue de la consultation *([1]p-value généralisé versus partiel ; [2]p-value [0;30 ans] vs > 30 ans)*

La répartition des patients selon le type d'épilepsie est proche dans les 2 groupes, un peu plus d'un quart des sujets souffrent d'épilepsie généralisée et environ 65% d'épilepsie partielle. L'avis donné en fin de consultation par les spécialistes n'est donc pas associé au type d'épilepsie *(Tableau 40)*.

COMBARNOUS
(CC BY-NC-ND 2.0)

Les patients pour qui l'avis a été favorable ont globalement été touchés plus jeunes par l'épilepsie ; l'âge de la première crise est de 30 ans ou moins pour plus de 3/4 d'entre eux (75,7%), alors que plus de 40% des PSE dont l'aptitude n'a pas été validée a connu sa première crise après 30 ans. La relation entre l'avis défavorable des spécialistes sur l'aptitude et un âge de début de la maladie supérieur à 30 ans est proche de la significativité (p-value = 0,06) *(Tableau 40)*.

Un nombre un peu plus important de PSE identifiant un facteur déclenchant ou plus de ses crises est observé dans le groupe d' « avis favorable » (71,8% versus 64,3%) sans que cela soit significatif statistiquement *(Tableau 40)*.

De même, il y a une proportion plus faible de sujets rapportant l'existence, systématique ou non, de prodromes à leurs crises dans ce même groupe (30,2%), alors que près de 40% des patients ayant reçu un avis défavorable témoignent de signes annonciateurs de leurs crises (39%) mais cette différence n'est pas significative *(Tableau 40)*.

4.2.2 Comorbidités

L'existence de comorbidités neuropsychologiques et/ou psychiatriques n'est pas non plus liée statistiquement un avis sur l'aptitude favorable ou défavorable (p-value = 0,3) *(Tableau 41)*. Alors que le pourcentage de PSE n'ayant aucune comorbidité associée à l'épilepsie est légèrement supérieur dans le groupe ayant reçu un avis défavorable (45,2% versus 39,4%), la proportion de patients présentant les 2 types de comorbidités est également plus élevée dans ce groupe (23,8% versus 12,7%).

	Avis à l'issue de la consultation			
	Favorable		**Défavorable**	
Comorbidités	**n**	***%***	**n**	***%***
Neuropsychologiques exclusivement	14	*19,7*	5	*11,9*
Psychiatriques exclusivement	20	*28,2*	8	*19,0*
Associant les 2 types de comorbidités	9	*12,7*	10	*23,8*
Aucune comorbidité neuropsychologique ou psychiatrique	28	*39,4*	19	*45,2*

Tableau 41 – Répartition des patients présentant des difficultés neuropsychologiques et/ou des comorbidités psychiatriques selon l'avis à l'issue de la consultation *(p-value = 0,3)*

COMBARNOUS
(CC BY-NC-ND 2.0)

4.2.3 Contrôle de la maladie et traitements

Le pourcentage d'épilepsies contrôlées est plus élevé chez les sujets ayant eu un avis favorable (38,0% vs 28,6%), mais cette différence n'est pas significative (p-value = 0,4). La fréquence des crises dans les épilepsies non contrôlées est également plus faible pour les PSE du groupe « avis favorable » avec 80% d'entre elles présentant des crises pluriannuelles ou plurimensuelles (contre 68,4% dans l'autre groupe) *(Tableau 42)*.

Il n'y a pas de différence de répartition significative entre les groupes selon le nombre de médicaments composant le traitement antiépileptique : plus de la moitié des PSE sont sous monothérapie (57,7% et 54,8%) et près de 10% ont trois médicaments ou plus (9,9% et 9,5%). De la même façon, on ne retrouve aucune corrélation entre la réalisation ou l'indication d'un traitement chirurgical et l'avis rendu en fin de consultation par le médecin du travail et le neurologue.

	Avis à l'issue de la consultation				**P-value**
	Favorable		**Défavorable**		
Contrôle de la maladie	**n**	***%***	**n**	***%***	**0,4***
Contrôlées*	**27**	***38,0***	**12**	***28,6***	
Non contrôlées*	**34**	***47,9***	**22**	***52,4***	
Pluriannuelles	18	*60,0*	9	*47,4*	
Plurimensuelles	6	*20,0*	4	*21,0*	
Plurihebdomadaires	4	*13,3*	4	*21,0*	
Pluriquotidiennes	2	*6,7*	2	*10,5*	
(Données manquantes)	(4)	-	(3)	-	
Non évaluables	**10**	***14,1***	**8**	***19,0***	
Nombre de médicaments	**n**	***%***	**n**	***%***	**0,8**
Monothérapie	41	*57,7*	23	*54,8*	
Bithérapie	16	*22,5*	8	*19,0*	
Trithérapie ou plus	7	*9,9*	4	*9,5*	
Aucun médicament	7	*9,9*	7	*16,7*	
Traitement chirurgical	**n**	***%***	**n**	***%***	**0,9**
Réalisé	8	*11,3*	4	*9,5*	
Prévu	2	*2,8*	2	*4,8*	
Envisageable	7	*9,9*	5	*11,9*	
Non indiqué	54	*76,0*	31	*73,8*	

Tableau 42 – Contrôle des crises et traitements selon l'avis à l'issue de la consultation *(*p-value contrôlées versus non contrôlées)*

COMBARNOUS
(CC BY-NC-ND 2.0)

DISCUSSION

COMBARNOUS
(CC BY-NC-ND 2.0)

1 LIMITES DE L'ETUDE

1.1 Sélection de l'échantillon

Notre travail est basé sur l'étude rétrospective de dossiers médicaux de 142 patients ayant été vus à la consultation Epilepsie et Travail du centre hospitalier Lyon Sud. Seulement 4 dossiers ont été exclus en raison d'un diagnostic autre que l'épilepsie sur la période étudiée, les objectifs de la consultation étaient donc bien ciblés par les personnes adressantes. Il s'agit cependant d'un échantillon dont le nombre de dossiers est faible pour une maladie aux étiologies aussi nombreuses et à l'expression aussi diversifiée que l'épilepsie. De ce fait ou au moins partiellement, nos résultats ne sont pas toujours significatifs sur le plan statistique, mais restent globalement cohérents avec la littérature.

La représentativité de notre échantillon est limitée à une population de PSE en âge de travailler, déjà insérée dans le monde du travail, en cours d'insertion ou souhaitant s'y insérer. Le taux d'absentéisme à cette consultation est important, autour de 40%, ce qui témoigne de la motivation des PSE s'étant présentées à leur rendez-vous de consultation, sans pour autant négliger d'autres causes probables, d'origines variées, de cet absentéisme, liées à la prise de rendez-vous par la personne adressante, aux contraintes professionnelles du patient ou à sa pathologie elle-même.

L'interprétation des résultats de cette étude doit prendre en compte ces caractéristiques de sélection : celles-ci confèrent une certaine cohérence à cet échantillon dont l'analyse avait pour but principal de mieux connaitre des caractéristiques des PSE se présentant à la consultation Epilepsie et Travail du CHLS et d'identifier des pistes d'amélioration de prise en charge L'extrapolation de nos résultats à d'autres consultations pluriprofessionnelles et, a fortiori, à l'ensemble de la population des PSE, doit être prudente.

COMBARNOUS
(CC BY-NC-ND 2.0)

1.2 Recueil et interprétation des données

Notre recueil de données porte sur des situations professionnelles et épileptologiques très hétérogènes. Elles sont relevées dans des documents structurés et systématiquement archivés dans les dossiers du service de pathologies professionnelles. Nous avons veillé à ce que tous les dossiers des patients de l'échantillon soient complets. Le questionnaire du neurologue, l'observation du médecin du travail et, le cas échéant, les comptes rendus du correspondant de l'association IDEO, ont dans tous les dossiers des trames identiques sur lesquelles ont été basées les anamnèses des patients. Les données ont d'abord été recueillies telles quelles, puis certaines regroupées pour permettre leur interprétation statistique selon des classifications officielles comme celle du niveau de formation de l'INSEE ou des activités professionnelles PCS-ESE 2003 ou selon des types clairement définis dans la méthode. Deux critères ne sont pas *primaires*, c'est-à-dire non issus tels quels des observations ; nous avons cherché à les définir précisément dans la méthode afin d'éviter tout biais d'interprétation. Il s'agit d'une part du contrôle de la maladie dont nous avons donné une définition issue de la littérature basée sur la fréquence et la date de la dernière crise, ces dernières étant des données *primaires*, quantifiables, facilement recueillies dans les observations médicales. Nous faisons d'autre part référence aux comorbidités de l'épilepsie que nous avons regroupées en difficultés neuropsychologiques et pathologies psychiatriques comme définies par les études de la littérature récente sur le sujet. Aux comorbidités neuropsychologiques recueillies au cours la consultation par le neurologue, nous avons ajouté celles identifiées au cours des bilans neuropsychologiques parfois prescrits à l'issue de l'entretien.

Un avis épileptologique du neurologue participant à la consultation Epilepsie et Travail a été sollicité pour tous les dossiers où persistaient un doute de classification de l'épilepsie ou de son étiologie afin d'éviter une mauvaise interprétation des éléments notés sur la fiche d'observation. De la même façon, les observations manuscrites ajoutées aux dossiers des patients déjà vus à la consultation ont pu être soumises à leurs auteurs, neurologue ou médecin du travail de la consultation, si cela était nécessaire pour minimiser les erreurs d'interprétation.

COMBARNOUS
(CC BY-NC-ND 2.0)

2 ANALYSE DES RESULTATS

2.1 Description générale

2.1.1 Caractéristiques socioprofessionnelles

Notre étude cible des PSE étudiantes, en activité ou souhaitant travailler, et rencontrant une difficulté d'insertion professionnelle ou de maintien dans l'emploi. Il s'agit d'une population relativement jeune, avec un âge moyen de 34,08 ans (std = 11,96), dont seulement 37,6% vivent avec un conjoint. Ce dernier chiffre est bien en-dessous des 57,5% de la population française de plus de 15 ans déclarant vivre en couple (42) ; cette donnée issue du recensement de la population française de 2012 compte néanmoins aussi les retraités dont le taux de vie maritale est élevé. Notre résultat est aussi inférieur à d'autres études portant sur des groupes de PSE d'âges proches de notre population dont les taux de vie maritale avoisinent ou dépassent les 50% (10,43,44).

On observe une nette majorité d'hommes (71,1%) dans notre population qui ne reflète pas la répartition de l'épilepsie par sexe d'autres études européennes ou américaines où elle est plus équilibrée, de 45 à 55% d'hommes dans les échantillons (10,16,18,20,43,44). Ce résultat peut faire partiellement écho au taux d'emploi moindre des femmes de 15-64 ans en France (60,1%) par rapport aux hommes du même âge (68,1%)(45), ainsi qu'au type d'emploi exercé selon le sexe (46). On trouve généralement moins de femmes à des postes de chauffeur, avec travail en hauteur ou utilisation de machines dangereuses, qui seront des activités plus à risques et pour lesquelles un avis spécialisé est plus souvent demandé. Les avis sur l'aptitude concernent effectivement majoritairement des postes d'ouvriers comme le montre la répartition des travailleurs de notre échantillon selon la classification PCS 2003 (52,3%). La répartition des emplois selon cette classification révèle que plus de 4 PSE sur 5 sont ouvriers ou employés (respectivement 52,3% et 30,8%) alors que ces catégories représentent moins de 1 salarié sur 5 dans la population générale (12,4% et 16,0%) (46). Ce résultat est propre à notre échantillon, très probablement lié à la problématique d'aptitude par rapport à l'épilepsie qui pose certainement plus question pour les travailleurs manuels que pour les employés. Un certain nombre de nos patients est d'ailleurs adressé pour des travaux spécifiques relatifs à des postes d'ouvriers. Une étude polonaise comparant le profil

COMBARNOUS
(CC BY-NC-ND 2.0)

professionnel des PSE à la population générale révèle que 3/4 des sujets épileptiques n'ont pas un travail manuel, contredisant ainsi le vieux stéréotype des emplois sous-qualifiés qui seraient plus adaptés aux PSE (15).

Notre étude retrouve un pourcentage de PSE sans emploi (36,6%) 4 fois supérieur au taux de chômage français en 2012 (9,4% de la population active) et un taux d'emploi (45,7%) très nettement inférieur à celui de la population française des 15-64 ans qui est de 64% (45,47). Comme précédemment il faut souligner le biais de sélection lié au motif de consultation de notre échantillon, ne permettant pas d'extrapoler ce résultat à la population des PSE en âge et en capacité de travailler. Ainsi, une étude américaine portant sur les PSE intégrées à un programme de réhabilitation retrouve des chiffres proches des nôtres avec 43,5% d'actifs et 56,5% de personnes sans emploi (16). Une série néerlandaise de 1009 cas et l'étude de l'association neuro-Bretagne mettent également en évidence des taux d'emploi inférieurs à 50%, respectivement 44% et 48,2% (14,43). La revue de la littérature de Smeets et al. évalue que le taux de chômage des sujets épileptiques est en général 2 fois plus élevé que celui de la population générale (48). Seules les PSE de l'étude de Marinas et al. ont des taux d'emploi (58%) similaires à ceux de la population générale et des niveaux légèrement plus élevés de chômage (10,9%) qu'ils expliquent en partie par une stigmatisation moins marquée en Espagne par rapport aux autres pays d'Europe (10).

Le niveau de formation des patients de la consultation est globalement inférieur à celui de la population française. La proportion de PSE ayant réalisé un cursus d'études longues est faible, de 6,2% (contre 12,9% des français de 15 ans et plus et 20,5% de 25-49 ans (49)), alors que plus de 40% de notre échantillon a un niveau CAP-BEP (contre 20,4% dans population française de plus de 15 ans (49)). Les données de la littérature confortent ce résultat sur des échantillons de PSE plus importants. Le cursus de formation américain est très différent du cursus français, rendant les comparaisons des niveaux d'études selon la classification de l'INSEE difficiles, mais on observe que les proportions de PSE de deux études américaines ayant un niveau supérieur à la *high school* (équivalent du lycée français) se situent entre 30 et 35 % (16,20), soit des proportions proches des 29,4% de PSE de notre échantillon ayant un baccalauréat ou plus. La répartition selon le niveau d'étude du rapport de Bretagne est comparable à nos résultats pour les niveaux V (BEP/CAP) et IV (baccalauréat), mais il y a 10% de sujets de moins sans formation et 10% de plus ayant fait des études supérieures par rapport à nos données (43).

Trois quarts de notre population de PSE a un permis de conduire, mais moins d'1 sujet sur 6 a fait valider son permis auprès de la CMPC, probablement en raison d'un manque

COMBARNOUS
(CC BY-NC-ND 2.0)

d'information sur cette obligation et de la législation sévère en regard du facteur essentiel d'autonomie et d'indépendance que représente la conduite. Des chiffres similaires sont retrouvés en Bretagne (43). Pour la conduite personnelle de VL, la préconisation à l'issue de la consultation selon la législation en vigueur, était la réalisation d'un EEG à 6 mois de la dernière crise avant de faire valider son permis par la CMPC (Commission médicale des permis de conduire). La législation étant plus sévère pour les PL, la levée de l'inaptitude n'est possible qu'après l'absence de crise en dehors de tout traitement antiépileptique pendant au moins 5 ans.

2.1.2 Caractéristiques épileptologiques

Le neurologue répertorie toutes les caractéristiques de l'épilepsie et des crises pouvant influer sur l'insertion professionnelle, engendrer des risques ou au contraire permettre une mise en sécurité avant le déclenchement d'une crise. Les types d'épilepsie et les âges de début de la maladie rencontrés dans notre échantillon sont proches de ceux d'autres études avec une proportion d'épilepsies partielles supérieure à 60%, entre 25 et 30% d'épilepsies généralisées et un âge moyen de première crise autour de 20 ans (10,20,43). Outre le type et la description précise des crises, avec ou sans convulsions, avec ou sans rupture de contact, la présence de facteurs déclenchants possiblement évitables, de prodromes annonciateurs ou d'auras suffisamment longues est analysée et prise en compte s'il y a lieu dans la décision finale sur l'aptitude. Alors que le facteur déclenchant le plus souvent rapporté par les 70% de patients concernés de notre consultation est le manque de sommeil, suivi des émotions fortes et du sevrage médicamenteux, le stress est de loin le plus évoqué dans l'enquête de Fisher (18). Les facteurs déclenchants ne sont pas toujours volontairement évitables sur le lieu de travail ou dans l'hygiène de vie quotidienne, contrairement à la consommation d'alcool, à la stimulation lumineuse ou au caractère morphéique des crises. L'éviction de ces facteurs, quand elle est possible, s'ils sont systématiques et nécessaires à la survenue d'une crise, peut permettre d'empêcher ou lever certaines restrictions professionnelles inutiles. Il en est de même pour les auras et prodromes qui, bien identifiés par le patient, lui laisse le temps de se soustraire d'une situation dangereuse avant la survenue de la crise. La confusion post-critique, si elle est longue et sous réserve de la fréquence des crises, est plutôt un facteur péjoratif en rendant l'indisponibilité du salarié plus longue après chaque crise.

COMBARNOUS
(CC BY-NC-ND 2.0)

Le contrôle des crises, avec ou sans traitement médicamenteux ou chirurgical, est un facteur direct d'employabilité, par l'impact des crises sur le quotidien et les activités des PSE, notamment le permis de conduire (10,18,20,48). Il est également mis en évidence dans la littérature, le retentissement indirect de ce facteur sur l'insertion professionnelle par son incidence sur la stigmatisation perçue par les PSE (35,44,50). Cette dernière, difficilement quantifiable, très variable d'un individu à l'autre, peut paralyser toute recherche d'emploi ou évolution professionnelle, alimentée par la stigmatisation réelle et les fausses croyances dont sont victimes un nombre important de PSE (4). Dans notre échantillon, moins de 40% des PSE ont une épilepsie contrôlée, taux proche du résultat de l'étude espagnole qui retrouve 39,3% de patients libres de crise au cours des 12 derniers mois, mais sans comptabiliser ceux ayant moins d'une crise par an (10). Le résultat marquant touche les sujets épileptiques qui ont eu au moins une crise dans l'année précédant la consultation et qui représente la moitié de notre échantillon. Pour la moitié d'entre eux, les crises surviennent plus d'une fois par mois. Cette proportion importante d'épilepsies non contrôlées est sans doute relative à notre population de PSE en difficulté.

Près de 90% de nos patients prennent un traitement médicamenteux antiépileptique, dont une large moitié est sous monothérapie. Ces chiffres sont cohérents avec les données de la littérature qui retrouvent une majorité de PSE traitées par un seul médicament, et très peu de sujets sans traitement médicamenteux (10,24,43). Ces articles mettent également en évidence l'incidence de la polythérapie sur la qualité de vie et l'employabilité des PSE.

Enfin l'impact sur la qualité de vie et l'emploi des comorbidités neuropsychologiques et/ou psychiatriques, associées dans notre étude à plus de 60% des cas, n'est plus à démontrer (4,11,22,26,28,44). La présence de ces comorbidités est très marquée dans notre échantillon, comparativement à d'autre articles où la prévalence des troubles anxieux ou dépressifs est de 13% (16) et celle d'un dysfonctionnement cognitif évaluée entre 16 et 50% (11). L'accès aux comptes-rendus des bilans neuropsychologiques (chez près de 25% des patients dont la moitié prescrits lors de la consultation) et la comptabilisation des symptômes dépressifs et anxieux sur les dires du patient même si ceux-ci ne faisaient pas l'objet d'une prise en charge médicamenteuse, peut en partie expliquer notre pourcentage si important en plus de la particularité de notre échantillon de n'être composé que de PSE ayant une problématique avec l'emploi.

COMBARNOUS
(CC BY-NC-ND 2.0)

2.1.3 Consultations et suites de prise en charge

Les personnes adressant les patients à la consultation sont le plus souvent des neurologues, premiers interlocuteurs des PSE, qui font appel à un avis spécialisé pour orienter leur patient dans le parcours de l'emploi. Un sujet sur 5 est déjà accompagné par la structure IDEO qui fait valider par la consultation Epilepsie et Travail un projet professionnel ou cherche à définir les limites posées par l'épilepsie pour affiner l'orientation professionnelle. Pour un autre cinquième de notre échantillon, c'est un médecin du travail qui sollicite l'avis pluriprofessionnelle de la consultation pour préciser les restrictions indiquées par cette maladie complexe, dont l'expression et le retentissement varient d'un individu à l'autre.

Les proportions d'avis favorables et défavorables sont très différentes selon que la demande soit une aptitude au poste ou à une activité spécifique ; les aptitudes au poste, qui représentent près de la moitié des motifs de consultation, donnent beaucoup plus souvent suite à un avis favorable des spécialistes (86,2% des cas), alors qu'un avis défavorable est émis pour plus de 60% des demandes d'aptitudes à des travaux spécifiques, dont un 1/3 de façon définitive. Cette différence s'explique par le fait que les travaux spécifiques, distingués comme motif de consultation à part entière, sont des travaux dangereux et/ou règlementés. Ces résultats doivent inciter l'entourage des jeunes sujets épileptiques à informer et guider les scolaires et étudiants vers des emplois dont les activités ne risquent pas de mettre en cause leur aptitude au cours de leur carrière, tout en sachant ne pas être excessivement restrictif par des craintes infondées sur l'épilepsie comme cela a pu être souvent constaté dans les entreprises (29,38).

Les PSE adressées pour des conseils en orientation sont souvent des jeunes en cours de formation, pour une minorité il s'agit de personnes plus âgées sans emploi cherchant à se reconvertir. Pour 26,3% des patients, l'avis rendu mentionne la nécessité de soins avant d'envisager un retour à l'emploi ; celle-ci concerne principalement ces sujets plus âgés, mais aussi un petit nombre de jeunes, mal orientés, parfois dans le déni de leur maladie et donc sans suivi neurologique.

Les préconisations des spécialistes sont de 2 types, neurologique et professionnel, s'intriquant régulièrement : des conseils en hygiène de vie sur le sommeil peuvent être associés à un aménagement horaire du poste de travail, une contre-indication professionnelle peut être émise temporairement sous réserve de la reprise d'un suivi neurologique ou de la réalisation d'un électro-encéphalogramme.

COMBARNOUS
(CC BY-NC-ND 2.0)

A l'issue de la consultation, 45% des PSE seront accompagnées individuellement par un professionnel de l'association IDEO, sensibilisé aux problématiques spécifiques de l'épilepsie. La prise en charge par cette structure, financée par l'Agefiph (association paritaire pour l'emploi des personnes handicapées), nécessite d'avoir une reconnaissance en qualité de travailleur handicapé, déjà possédée par près de 40% de notre population et dont le volet médical est rédigé au cours de la consultation pour 1/4 des patients. Les missions de cette association sont dominées par l'aide à l'élaboration d'un projet professionnel (47,2%), l'aide aux démarches administratives et l'appui dans la recherche d'emploi (29,2% pour les 2). Les besoins des PSE en termes d'accompagnement semblent donc se situer en amont du parcours de l'emploi, nécessitant plus d'aides pour la recherche que pour le maintien en emploi. Ce résultat se retrouve dans l'étude de Sung et al. dans laquelle les services du programme de réhabilitation les plus sollicités étaient l'évaluation (63,1%) et le conseil en orientation (60,8%), suivis de l'aide au placement dans l'emploi (39,1%) (16). Les auteurs relèvent par ailleurs une corrélation négative entre la durée de suivi et les chances d'obtenir un emploi.

2.2 Analyse selon la phénoménologie épileptique

La comparaison selon la phénoménologie épileptique révèle que les PSE du groupe de phénoménologie généralisée semblent mieux insérées socialement et professionnellement.

Le seul critère significatif des caractéristiques sociodémographiques de nos deux groupes est le sexe, avec une proportion de femmes plus importante dans le groupe de phénoménologie partielle (36,2% vs 21,9% ; p=0,07). Ces PSE sont également globalement plus âgées que les patients présentant des crises généralisées d'emblée ou secondairement, sans que cela soit significatif. On peut expliquer cette tendance par le fait que l'échantillon de phénoménologie partielle comprend exclusivement des patients atteints d'épilepsie partielle, dont l'âge moyen de début de la maladie est plus tardif que dans les épilepsies généralisées. Les épilepsies du groupe de phénoménologie généralisée sont significativement mieux contrôlées (45,3% versus 29,0% ; p-value = 0,03), ce qui est cohérent avec la plus grande pharmacorésistance des épilepsies partielles. Pour 6 patients sur 29 (soit 20,7%) présentant une maladie contrôlée à phénoménologie généralisée, le contrôle de l'épilepsie est obtenu sans traitement médicamenteux. Il s'agit d'épilepsies dont

COMBARNOUS
(CC BY-NC-ND 2.0)

la fréquence et/ou le nombre total de crises dans l'histoire de la maladie sont très faibles, 4 sont des épilepsies généralisées idiopathiques, une est partielle cryptogénique avec de rares crises aux auras très longues et la dernière est indéterminée. Dans les phénoménologies partielles, 5 épilepsies contrôlées sur 20 (25%) le sont sans traitement médicamenteux et ce, pour 3 d'entre elles, grâce à la chirurgie. Malgré un âge moyen plus avancé, mais parallèlement à un moins bon contrôle de la maladie, le pourcentage de PSE ayant une phénoménologie partielle habitant chez leurs parents est plus important (34,8% versus 28,6%), traduisant une moins bonne insertion sociale. Le permis de conduire est un autre marqueur d'indépendance distinguant les patients présentant des crises généralisées : seulement 17,9% de ce groupe n'ont pas de permis et ne sont pas en cours de formation à la conduite contre plus d'1/4 des PSE partielles sans généralisation secondaire systématique.

Sur le plan professionnel, les taux d'emploi sont équivalents entre les 2 groupes, mais on compte plus de CDI et moins de contrats précaires parmi les phénoménologies généralisées, parallèlement au meilleur contrôle de la maladie dans ce groupe. On remarque la proportion plus importante de travailleurs manuels chez les patients présentant des crises généralisées avec un nombre d'ouvriers supérieur à celui des employés, alors que pour les cadres et les professions intermédiaires, les chiffres sont comparables dans les 2 groupes. Nous n'avons pas trouvé d'études dans la littérature ayant réalisé de comparaison selon la phénoménologie épileptique. Cependant l'étude de Marinas, qui étudie les profils socioprofessionnels de 872 patients suivis en ambulatoire retrouve un résultat concordant avec nos données, mais non significatif également : les personnes atteintes d'épilepsie généralisée sont légèrement plus employées que celles souffrant d'épilepsie partielle. Il est intéressant de noter la différence significative mise en évidence dans cet article concernant l'incapacité de travail, notion proche de l'invalidité en France, touchant 15,8% des sujets ayant des crises partielles contre 7,8% chez ceux souffrant d'épilepsie généralisée ($p = 0,0015$) (10).

Contrairement à ce qu'aurait pu nous faire supposer les résultats précédents sur l'âge plus jeune et une tendance à une situation professionnelle plus stable, le groupe généralisé à un niveau de formation globalement inférieur aux PSE présentant des crises partielles non systématiquement généralisées. La différence est encore plus flagrante aux extrêmes avec plus d'1/3 des PSE présentant une phénoménologie généralisée sans aucune formation contre 1/4 des sujets à phénoménologie partielle, et seulement 2% du groupe généralisé ayant un niveau II ou plus (diplômes de second ou troisième cycle universitaire) contre 10,9%. Il existe probablement dans notre étude un biais de sélection lié à l'objectif même de

COMBARNOUS
(CC BY-NC-ND 2.0)

la consultation Epilepsie et Travail. Le niveau de formation bas s'ajoutant à la problématique d'aptitude ou d'orientation liée à l'épilepsie fragilise le maintien et complique la recherche d'emploi, les rendant d'autant plus candidats à un accompagnement pluriprofessionnel.

Les motifs de consultation tels que les avis sur l'aptitude et les conseils en orientation professionnelle sont cohérents avec la répartition entre actifs, sans emploi et étudiants des 2 groupes. Ils diffèrent par le type d'avis sur l'aptitude demandé, notamment l'avis sur l'aptitude à des travaux spécifiques plus fréquent dans le groupe de phénoménologie généralisée. Ce résultat peut s'expliquer par la plus grande proportion d'ouvriers dans ce groupe. Mais la validation de ces aptitudes par les spécialistes neurologue et médecin du travail de la consultation est indépendante statistiquement de la phénoménologie épileptique. Bien que prise en compte pour orienter le patient et conclure sur son aptitude, elle n'est ni suffisante ni déterminante et s'associe à de nombreux autres critères tels que la persistance et l'horaire des crises, la présence d'une rupture de contact, d'une aura, d'une confusion post-critique, de difficultés neuropsychologiques ou de problèmes comportementaux, de l'observance du traitement, du contexte socio-familial et relationnel, du cursus de formation et des expériences professionnelles antérieures (12,51). On note par ailleurs la plus grande proportion de patients ayant déjà une RQTH lors de la consultation dans le groupe de phénoménologie partielle, pouvant laisser penser que l'épilepsie a été considérée comme un frein à l'accès ou au maintien dans l'emploi depuis plus longtemps. Le suivi IDEO concerne la même proportion de patients dans les 2 groupes.

La confrontation aux données de la littérature est difficile, cette comparaison selon la phénoménologie étant expérimentale. Les comparaisons selon le type d'épilepsie montrent une absence d'impact du type généralisé ou partiel de l'épilepsie sur l'employabilité et la qualité de vie des PSE (4,9,10,22). Notre analyse statistique ne révèle pas non plus de résultats significatifs en dehors de la répartition par sexe et du contrôle de la maladie et il faut souligner la petite taille de nos échantillons. Les PSE présentant une phénoménologie généralisée semblent cependant être plus indépendantes et avoir des situations professionnelles plus stables, malgré un niveau de formation plus faible que les patients du groupe de phénoménologie partielle. Ces résultats peuvent être mis en parallèle avec le meilleur contrôle de la maladie dans le groupe généralisé. Les avis sur l'aptitude diffèrent par les motifs de consultation, mais le nombre d'avis favorable à l'issue de la consultation est comparable dans les 2 groupes.

COMBARNOUS
(CC BY-NC-ND 2.0)

2.3 Analyse selon le statut professionnel

La proportion de femmes est plus importante chez les PSE sans emploi. Comme évoqué dans l'analyse globale de notre échantillon, le taux d'emploi est moindre chez les femmes en France (45). On observe par ailleurs que le groupe de PSE en activité est discrètement plus âgé. Comme dans l'étude rétrospective sur 2030 dossiers de PSE participant à un programme de réhabilitation américain (16), ces deux résultats ne sont pas statistiquement liés au statut professionnel. Le statut familial, reflet d'autonomie, est quant à lui significativement associé au fait d'être en activité ou non ($p = 0,02$). Alors que la moitié des actifs vivent maritalement, seulement un patient sur 3 dans le groupe sans emploi est en couple et plus d'1/4 de cet échantillon vit chez leurs parents (contre 1/8 des PSE en activité). L'âge un peu plus jeune de ce dernier groupe peut expliquer, mais que très partiellement, cette différence. On souligne également, malgré l'absence d'association significative, que l'autre marqueur d'indépendance qu'est le permis de conduire est également en faveur des PSE actives (9/10 ont ou sont en cours de formation à la conduite contre un peu moins des 3/4 des sujets sans emploi ; $p = 0,1$).

Il est moins évident d'expliciter le niveau de formation quasiment équivalent dans les 2 groupes. Ce résultat ne correspond pas aux données de la littérature sur des échantillons plus grands. Une étude sur plus de 2000 dossiers d'un programme de réhabilitation américain montrent que les PSE ayant trouvé un emploi au terme de cet accompagnement avaient un niveau de scolarité plus élevé que le groupe de chômeurs et que le fait de posséder au minimum un diplôme d'études secondaires augmentait les chances de trouver un emploi de 1,38 à 1,95 fois par rapport aux patients ayant un diplôme de niveau moindre (16). De la même façon, une enquête espagnole observe une proportion plus importante de PSE ayant une éducation primaire incomplète parmi les patients chômeurs (34,8% contre 27% des patients actifs), ainsi qu'un taux moindre de diplômés universitaires dans ce groupe (5,4% contre 13,3% des patients actifs) (10). Comme dans l'analyse selon la phénoménologie épileptique, le biais de sélection lié l'indication de participer à une consultation pluriprofessionnelle pour l'insertion et le maintien dans l'emploi peut également, au moins partiellement, expliquer ce résultat. Les patients en activité, parfois depuis longtemps à leur poste, voient leur aptitude et maintien dans l'emploi menacé par un évènement épileptologique intercurrent. Les PSE ayant le moins de bagage scolaire et/ou universitaire se retrouvent les plus en difficulté si un reclassement s'impose. Par ailleurs, au vu des nombreux articles soulignant la mauvaise estime de soi des PSE, le manque de confiance en

COMBARNOUS
(CC BY-NC-ND 2.0)

leurs capacités et la stigmatisation dont elles sont l'objet (2,4,11,15,29,36,38,39,48,51), on peut facilement supposer que parmi les PSE sans emploi, un certain nombre ait des difficultés à valoriser leurs diplômes lors d'entretiens d'embauche ou ait été victime d'une discrimination liée à l'épilepsie.

Les facteurs épileptologiques apparaissant statistiquement influents sur le statut professionnel des PSE sont la présence de comorbidités neuropsychologiques et/ou psychiatriques ($p = 0,01$) et le contrôle de la maladie ($p = 0,05$). Il est intéressant d'observer que l'on retrouve chez les patients actifs et ceux sans emploi des proportions équivalentes de patients présentant exclusivement des comorbidités psychiatriques, principalement représentées par la dépression, les troubles du comportement et les toxicomanies (24,6% des PSE en activité et 25% des PSE sans emploi) ; ce sont les comorbidités neuropsychologiques qui différencient les 2 groupes. Les troubles cognitifs sont associés à une diminution de l'intégration sociale (4) et une nette diminution des chances de trouver un emploi est observée pour les PSE atteintes d'anxiété ou de dépression s'inscrivant à un programme de réhabilitation (16). Notre définition du contrôle de la maladie est une notion qui intègre une fréquence des crises de moins d'une par an ou l'absence de crise dans les 12 derniers mois. Ces 2 critères sont fréquemment retrouvés dans la littérature comme associés à l'employabilité des PSE (10,14,48). Il est cependant important de remarquer le pourcentage conséquent de PSE en activité dont le contrôle de la maladie n'a pas pu être évalué en raison d'un changement thérapeutique récent ou par manque de recul sur l'évolution suite à une première et unique crise. Cela traduit le nombre conséquent (14 PSE sur 65) de patients qui ont été adressés à la consultation Epilepsie et Travail dans les suites d'un changement de leur situation épileptologique impactant leur vie professionnelle, parfois stable depuis longtemps, et remettant en cause leur aptitude, que ce soit un déséquilibre de la maladie ou l'apparition de celle-ci.

Contrairement aux résultats d'autres études sur des populations de PSE (10,12,14), dans lesquelles le nombre de médicaments antiépileptiques fait parfois partie des seules variables cliniques associées à l'emploi (20), nous ne trouvons pas de différence significative entre les sujets en activité et ceux sans emploi. On observe un pourcentage un peu plus important de sujets sous trithérapie et un peu plus faible de sujets sans traitement chez les PSE sans emploi.

L'âge de la première crise est plus tardif chez les PSE en activité avec près de 40% des maladies s'étant déclarée après 30 ans (contre 23,5% des patients sans emploi). La relation

COMBARNOUS
(CC BY-NC-ND 2.0)

statistique entre l'âge de début de l'épilepsie et le fait d'être en activité est proche de la significativité (p = 0,08). Plusieurs études s'accordent sur ce résultat laissant présumer de l'impact de la maladie très tôt dans le parcours de formation et d'insertion socioprofessionnelle. Le rapport de l'association NeuroBretagne révèle que les patients dont l'épilepsie a été diagnostiquée avant l'âge de 18 ans atteignent un niveau d'éducation plus bas que la population générale ($p_{<6\ ans}$ = 0,014 et $p_{6\text{-}18\ ans}$ = 0,0003) (43). Parmi les patients vus à la consultation Epilepsie et Travail de Lyon entre juillet 2001 et septembre 2003, l'âge moyen de début de la maladie était de 12 ans chez les sujets n'ayant pas d'insertion stable et durable, alors qu'il est de 24,8 ans chez ceux, mieux insérés, se présentant pour un problème d'aptitude (12). Parallèlement, le taux de chômage est plus élevé parmi les PSE chez qui la maladie est survenue avant l'âge de 10 ans dans une enquête sur des patients suivis en clinique externe en Espagne (10). Le lien entre l'âge de début de l'épilepsie et l'emploi n'est cependant pas toujours retrouvé. Une vaste étude cas-témoins en Pologne, une enquête dans des centres médico-chirurgicaux américains, ainsi que le suivi à long terme d'un groupe de patients suédois après un programme de réhabilitation, mettent en évidence l'absence d'association entre ce critère clinique et l'employabilité des PSE (15,20,21).

Le type d'épilepsie et la présence de facteurs déclenchants ne sont pas liés au statut professionnel.

La comparaison des caractéristiques sociodémographiques selon le statut professionnel montre sans surprise des marqueurs d'indépendance et d'autonomie plus élevés chez les PSE en activité. Le niveau de formation, équivalent dans les 2 groupes « en activité » et « sans emploi » semble être un résultat propre à notre échantillon. Celui-ci est centré sur des patients ayant des problèmes d'insertion ou de maintien dans l'emploi. Or le niveau de formation est, comme le montre la littérature, un des éléments déterminants de l'insertion professionnelle, mais peut également être un facteur de risque de désinsertion chez les PSE en activité, en rendant les situations avec problématique d'aptitude plus précaires - et ce de façon non spécifique à l'épilepsie.

Les éléments cliniques ressortant de notre analyse comme significativement liés au fait d'être ou non en emploi sont la présence de comorbidités neuropsychologiques et/ou psychiatriques et le contrôle de la maladie. Le nombre de médicaments antiépileptiques et l'âge de début de la maladie ne sont pas statistiquement associés au statut professionnel dans notre échantillon. Alors que de nombreux articles récents mettent en évidence un effet

COMBARNOUS
(CC BY-NC-ND 2.0)

négatif de la polythérapie sur l'emploi, l'âge de début de la maladie est un critère dont l'impact sur l'insertion professionnelle des PSE est beaucoup plus aléatoire selon les études.

Les avis sur l'aptitude sont rendus par les spécialistes après avoir recueilli et analysé les caractéristiques épileptologiques et évaluer les conditions de travail et les risques professionnels éventuels. Malgré les différences cliniques significatives entre nos 2 groupes, le nombre d'avis favorables est équivalent, que les patients soient en emploi ou non au moment de la consultation. Ceci révèle bien la probable surestimation du risque épileptique au travail, ainsi que l'impact et l'intrication des éléments épileptologiques avec d'autres facteurs influant négativement l'employabilité. La littérature abonde en ce sens mettant au premier plan les facteurs psychosociaux et la stigmatisation comme éléments-clés de la qualité de vie et de l'insertion professionnelle des PSE. Ceci s'oppose à la croyance ancienne que la gestion des crises est le principal déterminant de l'augmentation de l'emploi dans cette population (2,4,15,20,35,44,48,50–52). Les personnes sans emploi, moins bien insérées, sont nettement plus souvent suivies par IDEO à l'issue de la consultation ($p < 0,0001$), traduisant la nécessité d'un accompagnement pour l'élaboration d'un projet professionnel, la recherche d'emploi et probablement aussi d'un « coaching », d'une réassurance dans ses capacités et d'un soutien motivationnel pour ces PSE en difficulté parfois depuis longtemps (53).

2.4 Analyse selon l'avis donné en fin de consultation

Les 2 groupes constitués pour cette analyse selon l'avis sur l'aptitude donné en fin de consultation sont comparables dans leur répartition par sexe, âge et statut familial, avec une légère prédominance de sujets plus âgés et un pourcentage moindre de patients en couple chez les PSE ayant reçu un avis défavorable. Le niveau de formation est également plus bas, sans que cela ne soit statistiquement significatif dans ce groupe. Les éléments épileptologiques et socioprofessionnels ayant conduit à cette conclusion des spécialistes ont probablement perturbé antérieurement le cursus de formation et l'insertion socioprofessionnelle de ces patients.

Aucune des caractéristiques épileptiques étudiées dans cette comparaison n'est statistiquement associée à l'avis sur l'aptitude des spécialistes avec cependant un résultat proche de la significativité pour l'âge de la première crise après 30 ans donnant plus souvent lieu à une inaptitude ($p=0,06$). On comprend facilement que les sujets dont la maladie s'est

COMBARNOUS
(CC BY-NC-ND 2.0)

déclarée tardivement et n'ayant jamais pris ce paramètre en compte dans leur parcours dans l'emploi, voient la stabilité de leur situation professionnelle être perturbée par la survenue de l'épilepsie. En dehors de cette dernière considération, les résultats montrent qu'il n'y a pas d'éléments préjugeant de façon rédhibitoire et globale à l'aptitude des PSE au travail, concernant le type d'épilepsie, la présence de prodromes ou de facteurs déclenchants, l'existence de comorbidités neuropsychologiques et/ou psychiatriques associées, le contrôle de la maladie ou son traitement. Il s'agit à chaque fois de situations épileptologiques et professionnelles uniques pour lesquelles un avis individualisé est donné sur un ensemble de critères variables selon le poste occupé ou envisagé, l'individu et la maladie épileptique. Ceci corrobore la conclusion de Sung et al. selon laquelle l'employabilité des PSE est le résultat d'un ensemble de facteurs personnels, fonctionnels, financiers, psychosociaux et environnementaux aux interactions complexes (16). La motivation personnelle des patients de cette étude, est également un facteur prédictif important de l'emploi. Elle est sous-tendue par de nombreux facteurs psychosociaux tels que l'estime de soi, le confiance en ses capacités et les attitudes d'adaptation (48), la croyance en l'importance du travail et la peur de la discrimination au travail (20), qui peuvent entraver les programmes de formation et de réhabilitation des patients et conclut à l'importance de les identifier et traiter en amont pour favoriser l'intégration des personnes atteintes d'épilepsie dans le monde du travail (4).

COMBARNOUS
(CC BY-NC-ND 2.0)

CONCLUSIONS

COMBARNOUS
(CC BY-NC-ND 2.0)

Notre étude porte sur l'analyse des facteurs d'insertion professionnelle de personnes souffrant d'épilepsie (PSE), recueillis dans 142 dossiers de patients vus à la consultation Epilepsie et Travail du centre hospitalier Lyon Sud entre janvier 2011 et juin 2012. Cet échantillon, jeune et majoritairement masculin, est composé de sujets adressés pour une problématique d'aptitude ou d'orientation professionnelle entravant l'insertion ou le maintien dans l'emploi. Du fait de cette spécificité de sélection, on retrouve dans notre population des marqueurs socioprofessionnels et épileptologiques de mauvaise insertion, parfois plus marqués que dans la littérature, comme un niveau de formation bas, un taux d'emploi faible, une proportion importante de maladies non contrôlées ou la présence de comorbidités perturbant les apprentissages et les capacités d'adaptation.

Dans une analyse comparative entre les patients en activité et ceux sans emploi, les facteurs associés significativement à l'employabilité des PSE sont la présence de comorbidités neuropsychologiques et/ou psychiatriques et le contrôle de la maladie. L'étude de la phénoménologie épileptique n'a pas révélé de lien statistiquement significatif entre l'expression des crises et l'insertion professionnelle, mais laisse cependant percevoir une tendance à une meilleure insertion sociale et une plus grande stabilité professionnelle chez les patients présentant une phénoménologie généralisée. Il serait intéressant de voir si cette analyse expérimentale sur un échantillon plus grand serait plus probante. Une majorité d'avis favorables sur l'aptitude a été donné à l'issue de la consultation, concluant à la non majoration des risques professionnels liés à l'épilepsie dans ces situations, sous réserve parfois d'un aménagement du poste, de restriction sur certaines activités, d'une prise en charge médicale adaptée, ou d'une validation du permis de conduire par la CMPC. Ces avis sont basés sur des faisceaux d'arguments, épileptologiques et professionnels, permettant d'évaluer la compatibilité entre la maladie du patient et le poste ou l'activité, actuel(le) ou envisagé(e), sans qu'aucun critère étudié, considéré isolément, ne puisse être nécessaire ou suffisant à la décision des spécialistes.

Cette étude rétrospective est une photographie de la situation clinique et sociodémographique des patients épileptiques au moment de leur consultation. Elle a cherché à mettre en évidence des éléments caractérisant cette population de PSE et permettant de dépister les patients ayant un pronostic d'insertion professionnelle défavorable. Les résultats mettent en évidence le caractère unique de chaque situation épileptique et professionnelle et la nécessité d'une évaluation individualisée des PSE pour les orienter dans l'emploi, prévenir les situations à risques tout en évitant les restrictions professionnelles excessives. C'est l'analyse d'un ensemble de facteurs intriqués, cliniques,

COMBARNOUS
(CC BY-NC-ND 2.0)

socioprofessionnels et psychologiques, qui permettra une décision éclairée des spécialistes de la consultation Epilepsie et Travail sur l'aptitude ou les conseils en orientation. La collaboration entre les soignants et accompagnants de la PSE, chacun ayant les connaissances et l'expérience se rapportant à son domaine de spécialité, associée à la participation active de la PSE, est indispensable pour orienter, informer et faciliter le parcours professionnel et l'insertion dans l'emploi des patients épileptiques.

Les sujets les plus en difficulté ont été accompagnés par l'organisme d'accompagnement dans l'emploi IDEO, souvent pendant plusieurs semaines, voire mois. L'étude du devenir de ces patients, ainsi que celui des PSE n'ayant pas nécessité d'accompagnement, pourrait permettre d'évaluer les besoins à plus long terme des patients en difficulté et améliorer leur prise en charge en amont.

COMBARNOUS
(CC BY-NC-ND 2.0)

Références bibliographiques :

1. Fisher RS, Acevedo C, Arzimanoglou A, Bogacz A, Cross JH, Elger CE, et al. ILAE official report: a practical clinical definition of epilepsy. Epilepsia. avr 2014;55(4):475-82.
2. Jacoby A, Snape D, Baker GA. Epilepsy and social identity: the stigma of a chronic neurological disorder. Lancet Neurol. mars 2005;4(3):171-8.
3. OMS | Épilepsie - Aide-mémoire n°999 [Internet]. WHO. 2015 [cité 9 nov 2014]. Disponible sur: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs999/fr/
4. Combarnous C, Charbotel B, Didelot A, Bergeret A, Gonnaud PM. Facteurs d'insertion professionnelle des personnes souffrant d'épilepsie : revue de la littérature. Arch Mal Prof Environ [Internet]. [cité 17 janv 2016]; Disponible sur: http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1775878515003410
5. Bishop M, Allen CA. The impact of epilepsy on quality of life: a qualitative analysis. Epilepsy Behav EB. juin 2003;4(3):226-33.
6. De Boer HM. Epilepsy stigma: Moving from a global problem to global solutions. Seizure. déc 2010;19(10):630-6.
7. Gonnaud PM, Henny D, Weber M. Interdits dans la vie quotidienne : le travail. Epileptic Disord. 2002;4(17):SI57-62.
8. Rätsepp M, Oun A, Haldre S, Kaasik AE. Felt stigma and impact of epilepsy on employment status among Estonian people: exploratory study. Seizure. sept 2000;9(6):394-401.
9. Holland P, Lane S, Whitehead M, Marson AG, Jacoby A. Labor market participation following onset of seizures and early epilepsy: Findings from a UK cohort. Epilepsia. mai 2009;50(5):1030-9.
10. Marinas A, Elices E, Gil-Nagel A, Salas-Puig J, Sánchez JC, Carreño M, et al. Socio-occupational and employment profile of patients with epilepsy. Epilepsy Behav. juillet 2011;21(3):223-7.
11. Bautista RED, Shapovalov D, Saada F, Pizzi MA. The societal integration of individuals with epilepsy: Perspectives for the 21st century. Epilepsy Behav. juin 2014;35:42-9.
12. Gonnaud PM, Henny D, Orea. L'action « Épilepsie et Travail » à Lyon Intérêt d'une approche multidisciplinaire. Epilepsies. 1 avr 2004;16(2):95-8.
13. Koponen A, Seppälä U, Eriksson K, Nieminen P, Uutela A, Sillanpää M, et al. Social functioning and psychological well-being of 347 young adults with epilepsy only--population-based, controlled study from Finland. Epilepsia. mai 2007;48(5):907-12.
14. De Boer HM. Overview and Perspectives of Employment in People with Epilepsy. Epilepsia. 1 mars 2005;46:52-4.
15. Majkowska-Zwolińska B, Jędrzejczak J, Owczarek K. Employment in people with epilepsy from the perspectives of patients, neurologists, and the general population. Epilepsy Behav. décembre 2012;25(4):489-94.
16. Sung C, Muller V, Jones JE, Chan F. Vocational rehabilitation service patterns and employment outcomes of people with epilepsy. Epilepsy Res. oct 2014;108(8):1469-79.
17. Morrell MJ. Stigma and epilepsy. Epilepsy Behav EB. déc 2002;3(6S2):21-5.
18. Fisher RS, Vickrey BG, Gibson P, Hermann B, Penovich P, Scherer A, et al. The impact of epilepsy from the patient's perspective I. Descriptions and subjective perceptions. Epilepsy Res. août 2000;41(1):39-51.
19. Drazkowski J. An overview of epilepsy and driving. Epilepsia. 1 déc 2007;48:10-2.
20. Bautista RED, Wludyka P. Factors associated with employment in epilepsy patients. Epilepsy Behav. févr 2007;10(1):89-95.
21. Wedlund EW, Nilsson L, Erdner A, Tomson T. Long-term follow-up after comprehensive rehabilitation of persons with epilepsy, with emphasis on participation in employment or education. Epilepsy Behav EB. oct 2012;25(2):219-23.

COMBARNOUS
(CC BY-NC-ND 2.0)

22. Tlusta E, Zarubova J, Simko J, Hojdikova H, Salek S, Vlcek J. Clinical and demographic characteristics predicting QOL in patients with epilepsy in the Czech Republic: how this can influence practice. Seizure. mars 2009;18(2):85-9.
23. Haag A, Strzelczyk A, Bauer S, Kühne S, Hamer HM, Rosenow F. Quality of life and employment status are correlated with antiepileptic monotherapy versus polytherapy and not with use of « newer » versus « classic » drugs: Results of the « Compliant 2006 » survey in 907 patients. Epilepsy Behav. déc 2010;19(4):618-22.
24. Fisher RS, Vickrey BG, Gibson P, Hermann B, Penovich P, Scherer A, et al. The impact of epilepsy from the patient's perspective II: views about therapy and health care. Epilepsy Res. août 2000;41(1):53-61.
25. Peterson CL, Walker C, Shears G. The social context of anxiety and depression: Exploring the role of anxiety and depression in the lives of Australian adults with epilepsy. Epilepsy Behav. mai 2014;34:29-33.
26. Gauffin H, Flensner G, Landtblom A-M. Living with epilepsy accompanied by cognitive difficulties: Young adults' experiences. Epilepsy Behav. déc 2011;22(4):750-8.
27. Jacoby A, Gorry J, Baker GA. Employers' Attitudes to Employment of People with Epilepsy: Still the Same Old Story? Epilepsia. décembre 2005;46(12):1978-87.
28. Reisinger EL, DiIorio C. Individual, seizure-related, and psychosocial predictors of depressive symptoms among people with epilepsy over six months. Epilepsy Behav EB. juin 2009;15(2):196-201.
29. Bishop M, Stenhoff DM, Bradley KD, Allen CA. The differential effect of epilepsy labels on employer perceptions: report of a pilot study. Epilepsy Behav EB. nov 2007;11(3):351-6.
30. Mecarelli O, Capovilla G, Romeo A, Rubboli G, Tinuper P, Beghi E. Past and present public knowledge and attitudes toward epilepsy in Italy. Epilepsy Behav EB. mai 2010;18(1-2):110-5.
31. Novotná I, Rektor I. The trend in public attitudes in the Czech Republic towards persons with epilepsy. Eur J Neurol Off J Eur Fed Neurol Soc. sept 2002;9(5):535-40.
32. Mirnics Z, Czikora G, Závecz T, Halász P. Changes in public attitudes toward epilepsy in Hungary: results of surveys conducted in 1994 and 2000. Epilepsia. janv 2001;42(1):86-93.
33. Diamantopoulos N, Kaleyias J, Tzoufi M, Kotsalis C. A survey of public awareness, understanding, and attitudes toward epilepsy in Greece. Epilepsia. déc 2006;47(12):2154-64.
34. Coker MF, Bhargava S, Fitzgerald M, Doherty CP. What do people with epilepsy know about their condition? Evaluation of a subspecialty clinic population. Seizure. janv 2011;20(1):55-9.
35. Bandstra NF, Camfield CS, Camfield PR. Stigma of epilepsy. Can J Neurol Sci J Can Sci Neurol. sept 2008;35(4):436-40.
36. Bellon M, Walker C, Peterson C, Cookson P. The « E » word: Epilepsy and perceptions of unfair treatment from the 2010 Australian Epilepsy Longitudinal Survey. Epilepsy Behav. avr 2013;27(1):251-6.
37. Clarke BM, Upton ARM, Castellanos C. Work beliefs and work status in epilepsy. Epilepsy Behav. août 2006;9(1):119-25.
38. Harden CL, Kossoy A, Vera S, Nikolov B. Reaction to epilepsy in the workplace. Epilepsia. sept 2004;45(9):1134-40.
39. West MD, Dye AN, McMahon BT. Epilepsy and workplace discrimination: Population characteristics and trends. Epilepsy Behav. août 2006;9(1):101-5.

COMBARNOUS
(CC BY-NC-ND 2.0)

40. Bishop ML, Allen C. Employment Concerns of People with Epilepsy and the Question of Disclosure: Report of a Survey of the Epilepsy Foundation. Epilepsy Behav. oct 2001;2(5):490-5.
41. Dorota T, Witkowska M, Michalak M. Attitudes of employees of service and trading companies towards people with epilepsy and their professional activity in Poland. Seizure. mars 2014;23(3):178-83.
42. Insee Références. France, portrait social. Fiches thématiques - Population; 2015.
43. Roue V. Étude de besoins pour un réseau épilepsie en Bretagne - 2007 [Internet]. association NeuroBretagne - ORS Bretagne; 2007 [cité 17 janv 2016]. Disponible sur: http://orsbretagne.typepad.fr/rapportfinal_definitif.pdf
44. Baker GA, Brooks J, Buck D, Jacoby A. The stigma of epilepsy: a European perspective. Epilepsia. janv 2000;41(1):98-104.
45. Insee, enquêtes Emploi. Population en emploi et taux d'emploi selon le sexe et l'âge - Données 1975-2014 [Internet]. 1975 [cité 17 janv 2016]. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATnon03171
46. Insee, enquêtes Emploi. Population de 15 ans et plus selon la catégorie socioprofessionnelle - Données 2003-2013 [Internet]. [cité 17 janv 2016]. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATTEF02135%C2
47. Insee, enquêtes Emploi. Taux de chômage - Données 1975-2014 [Internet]. [cité 18 janv 2016]. Disponible sur: www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATnon03337
48. Smeets VMJ, van Lierop BAG, Vanhoutvin JPG, Aldenkamp AP, Nijhuis FJN. Epilepsy and employment: literature review. Epilepsy Behav EB. mai 2007;10(3):354-62.
49. Insee, enquêtes Emploi. Niveau de diplôme selon l'âge en 2012 [Internet]. [cité 18 janv 2016]. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=nattef07232
50. DiIorio C, Osborne Shafer P, Letz R, Henry T, Schomer DL, Yeager K. The association of stigma with self-management and perceptions of health care among adults with epilepsy. Epilepsy Behav. juin 2003;4(3):259-67.
51. Gonnaud P-M. Prise en charge médico-sociale spécifique des épilepsies partielles pharmaco-résistantes. In: Revue neurologique [Internet]. Masson; 2004 [cité 18 sept 2014]. p. 301-7. Disponible sur: http://cat.inist.fr/?aModele=afficheN&cpsidt=16069505
52. Westerhuis W, Zijlmans M, Fischer K, van Andel J, Leijten FSS. Coping style and quality of life in patients with epilepsy: a cross-sectional study. J Neurol. janv 2011;258(1):37-43.
53. Bautista RED, Rundle-Gonzalez V, Awad RG, Erwin PA. Determining the coping strategies of individuals with epilepsy. Epilepsy Behav. mai 2013;27(2):286-91.

COMBARNOUS
(CC BY-NC-ND 2.0)

ANNEXE 1 :

Fiche d'anamnèse remplie par le neurologue au cours de la consultation Epilepsie et Travail

COMBARNOUS
(CC BY-NC-ND 2.0)

NOM :
Prenom :
Date de Naissance
Adresse :

Tel :

Fiche remplie le
Par le Dr :
Adressé(e) par : Dr
Neurologue traitant : Dr
Médecin traitant : Dr
Médecin du travail : Dr

Situation familiale : couple, veuf(ve), célibataire, divorcé(e)

ANTECEDENTS (ou pathologie concomitante) : ☐ Oui ☐ Non

Convulsions (indépendantes de l'histoire actuelle) ☐ Oui ☐ Non

Fébriles ☐ Non fébriles ☐

Antécédents ayant une valeur étiologique ☐ :

Autres antécédents ☐ :

LES CRISES D'EPILEPSIE

1ère crise : Age : Circonstances :

Type d'épilepsie :

EEG :
Imagerie morpho :
Imagerie fonct :

Persistances de crises : ☐ Oui
☐ Non Date de la dernière crise

COMBARNOUS
(CC BY-NC-ND 2.0)

TYPE DE CRISES	OUI NON	Précisions sémiologiques	Age 1ere crise	Fréquence actuelle ou recul si disparition
GENERALISEES tonico-cloniques absences brèves myoclonies bilatérales avec ou sans chutes autres				
PARTIELLES ***SANS TROUBLES DE CONSCIENCE*** MOTRICES D-G AUTRES (PRECISER TYPE, DUREE) ***AVEC TROUBLES DE CONSCIENCE*** ☐ initiaux ☐ secondaires préciser signes initiaux type-durée ***EXISTENCE GENERALISATION*** **EXISTENCE D'UNE PHASE CONFUS-SIONNELLE POST-CRITIQUE A RISQUE** – DUREE DUREE TOTALE DE L'INDISPONIBILITE LIEE A UNE CRISE				

FACTEURS DECLENCHANTS : ☐ Oui ☐ Non

☐ Constants ☐ Non constants

☐ sommeil ☐ manque de sommeil ☐ crises morphéiques

stimulation lumineuse (préciser le type) :

cycle menstruel ☐

alcool ☐ excès ☐ sevrage ☐

pathologie ou traitement associé :

sevrage médicamenteux

emotionnels :

autre :

COMBARNOUS
(CC BY-NC-ND 2.0)

LES CRISES SONT-ELLES SURVENUES :

sur un lieu de travail ? : ☐ Oui ☐ Non Date de la dernière crise :

sur le lieu de formation ? ☐ Oui ☐ Non Date de la dernière crise :

Complications des crises : ☐ Oui ☐ Non

Etat de mal ☐ Nombre : à quel âge :

Accidents liés aux crises Nature à quel âge :

SYMPTOMES ASSOCIES ☐ Oui ☐ Non

Sémiologie neurologique :

Difficultés neuropsychologiques ☐ Bilan réalisé ☐ Date :

Troubles de mémoire ☐ lenteur ☐

Autre ☐

Manifestations psychopathologiques ☐

Déficit intellectuel ☐

Névrose ☐

Psychose ☐

Troubles du comportement ☐

Autres ☐

Intégration sociale

☐ Bonne ☐ Assez bonne ☐ Médiocre ☐ Nulle

Relations Familiales

☐ Bonne ☐ Assez bonne ☐ Médiocre ☐ Défavorables

FORMATION

Scolarité ☐ Normale ☐ Adaptée ☐ Spécialisée

Niveau atteint

Formation professionnelle : ☐ Qualifiante ☐ Non qualifiante

Emplois antérieurs :

	TYPE	DUREE
CES		
CDD		
CDI		
STABLE		

COMBARNOUS
(CC BY-NC-ND 2.0)

AUCUN	

situation actuelle :

licenciement ☐ Oui ☐ Non

si oui lié : aux crises ☐

aux difficultés psychologiques ☐

à d'autres causes ☐

TRAITEMENT

MEDICAMENTEUX : 1) 2) 3) 4)

DOSES/JOUR 1) 2) 3) 4)

TOLERANCE :

NOTION DE PHARMACO-SENSIBILITE : ☐ OUI ☐ NON

☐ PRIMAIRE ☐ SECONDAIRE

NOTION DE PHARMACO-RESISTANCE : ☐ OUI ☐ NON

☐ PRIMAIRE ☐ SECONDAIRE

COMPLIANCE : ☐ BONNE ☐OUBLIS OCCASIONNELS ☐ MAUVAISE ☐ ?

CHIRURGICAL :

☐ A REJETER ☐ ENVISAGEABLE ☐ ENVISAGE ☐ REALISE

SI REALISE, TYPE DE CHIRURGIE :

RESULTATS :

RECUL :

CONDUITE A TENIR EN CAS DE CRISES :

IMPRESSIONS D'ENSEMBLE SUR LES POSSIBILITES D'INTEGRATIONS PROFESSIONNELLES :

COMBARNOUS
(CC BY-NC-ND 2.0)

ANNEXE 2 :

Conclusions signées par le Président du Comité de Coordination des Etudes Médicales pour le Président de l'Université, le Doyen de la Faculté de Médecine Lyon-Est et le Président de la thèse.

COMBARNOUS
(CC BY-NC-ND 2.0)

Faculté de Médecine Lyon Est

Nom, prénom du candidat : COMBARNOUS Camille

CONCLUSIONS

Notre étude porte sur l'analyse des facteurs d'insertion professionnelle de personnes souffrant d'épilepsie (PSE), recueillis dans 142 dossiers de patients vus à la consultation Epilepsie et Travail du centre hospitalier Lyon Sud entre janvier 2011 et juin 2012. Cet échantillon, jeune et majoritairement masculin, est composé de sujets adressés pour une problématique d'aptitude ou d'orientation professionnelle entravant l'insertion ou le maintien dans l'emploi. Du fait de cette spécificité de sélection, on retrouve dans notre population des marqueurs socioprofessionnels et épileptologiques de mauvaise insertion, parfois plus marqués que dans la littérature, comme un niveau de formation bas, un taux d'emploi faible, une proportion importante de maladies non contrôlées ou la présence de comorbidités perturbant les apprentissages et les capacités d'adaptation.

Dans une analyse comparative entre les patients en activité et ceux sans emploi, les facteurs associés significativement à l'employabilité des PSE sont la présence de comorbidités neuropsychologiques et/ou psychiatriques et le contrôle de la maladie. L'étude de la phénoménologie épileptique n'a pas révélé de lien statistiquement significatif entre l'expression des crises et l'insertion professionnelle, mais laisse cependant percevoir une tendance à une meilleure insertion sociale et une plus grande stabilité professionnelle chez les patients présentant une phénoménologie généralisée. Il serait intéressant de voir si cette analyse expérimentale sur un échantillon plus grand serait plus probante. Une majorité d'avis favorables sur l'aptitude a été donné à l'issue de la consultation, concluant à la non majoration des risques professionnels liés à l'épilepsie dans ces situations, sous réserve parfois d'un aménagement du poste, de restriction sur certaines activités, d'une prise en charge médicale adaptée, ou d'une validation du permis de conduire par la commission médicale du permis de conduire. Ces avis sont basés sur des faisceaux d'arguments, épileptologiques et professionnels, permettant d'évaluer la compatibilité entre la maladie du patient et le poste ou l'activité, actuel(le) ou envisagé(e), sans pour autant qu'aucun critère étudié, considéré isolément, puisse être nécessaire ou suffisant à la décision des spécialistes.

Cette étude rétrospective est une photographie de la situation clinique et sociodémographique des patients épileptiques au moment de leur consultation. Elle a cherché à mettre en évidence des éléments caractérisant cette population de PSE et permettant de dépister les patients ayant un pronostic d'insertion professionnelle défavorable. Les résultats mettent en évidence le caractère unique de chaque situation épileptique et professionnelle et la nécessité d'une évaluation individualisée des PSE pour les orienter dans l'emploi, prévenir les situations à risques tout en évitant les restrictions professionnelles excessives. C'est l'analyse d'un ensemble de facteurs intriqués, cliniques, socioprofessionnels et psychologiques, qui permet une décision éclairée des spécialistes de la consultation Epilepsie et Travail sur l'aptitude ou les conseils en orientation. La collaboration entre les soignants et accompagnants de la PSE, chacun ayant les connaissances et l'expérience se rapportant à son domaine de spécialité, associée la participation active de

COMBARNOUS
(CC BY-NC-ND 2.0)

Faculté de Médecine
Lyon Est

la PSE, est indispensable pour orienter, informer et faciliter le parcours professionnel et l'insertion dans l'emploi des patients épileptiques.

Les sujets les plus en difficulté ont été accompagnés par l'organisme d'accompagnement dans l'emploi IDEO, souvent pendant plusieurs semaines, voire mois. L'étude du devenir de ces patients, ainsi que celui des PSE n'ayant pas nécessité d'accompagnement, pourrait permettre d'évaluer les besoins à plus long terme des patients en difficulté et améliorer leur prise en charge en amont.

Le Président de la thèse,
Professeur Alain BERGERET

Vu et permis d'imprimer
Lyon, le 1er février 2016
08 FEV. 2016

VU :
Le Doyen de la Faculté de Médecine
Lyon-Est

UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD LYON
FACULTÉ DE MÉDECINE LYON EST

Professeur Jérôme ETIENNE

VU :
Pour Le Président de l'Université
Le Président du Comité de Coordination
des Etudes Médicales

UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD LYON I

Professeur François-Noël GILLY

COMBARNOUS
(CC BY-NC-ND 2.0)

COMBARNOUS Camille

Analyse des facteurs d'insertion professionnelle des patients souffrant d'épilepsie vus à la consultation Epilepsie et Travail de Lyon entre janvier 2011 et juin 2012

Nombre de feuilles : 117. Tableaux : 42. Références bibliographiques : 53. Annexe : 2.
Thèse de médecine et santé au travail : Lyon 2016 ; n°

RESUME :

Notre étude rétrospective a cherché à mettre en évidence des éléments pronostiques d'insertion professionnelle chez les personnes souffrant d'épilepsie (PSE). Elle a été réalisée à partir d'un recueil de données sur 142 dossiers de patients adressés pour une problématique d'aptitude ou d'orientation professionnelle, entravant l'insertion ou le maintien dans l'emploi, et vus à la consultation Epilepsie et Travail du centre hospitalier Lyon Sud entre janvier 2011 et juin 2012.

Dans une analyse comparative entre les patients en activité et ceux sans emploi, la présence de comorbidités neuropsychologiques et/ou psychiatriques et le contrôle de la maladie se sont révélés comme significativement associés à l'employabilité des PSE. L'étude selon la phénoménologie épileptique n'a pas révélé de lien statistiquement significatif entre l'expression des crises et l'insertion professionnelle. Enfin, on observe qu'une majorité d'avis favorables sur l'aptitude a été donnée à l'issue de la consultation, associés ou non à des préconisations professionnelles ou médicales.

Les résultats mettent en évidence le caractère unique de chaque situation épileptique et professionnelle et la nécessité d'une évaluation individualisée des PSE pour les orienter dans l'emploi, prévenir les situations à risques tout en évitant les restrictions professionnelles excessives.

Les sujets les plus en difficulté ont été accompagnés par l'organisme d'accompagnement dans l'emploi IDEO, souvent pendant plusieurs semaines, voire mois. L'étude du devenir de ces patients, ainsi que celui des PSE n'ayant pas nécessité d'accompagnement, pourrait permettre d'évaluer les besoins à plus long terme des patients en difficulté et améliorer leur prise en charge en amont.

MOTS-CLES :

Epilepsie, emploi, activité professionnelle, insertion professionnelle, chômage, comorbidités neuropsychologiques, comorbidités psychiatriques, contrôle de la maladie, aptitude, restrictions professionnelles, permis de conduire.

JURY :

Président :	Monsieur le Professeur Alain BERGERET
1er assesseur :	Madame le Professeur Barbara CHARBOTEL
2ème assesseur :	Monsieur le Professeur François MAUGUIERE
3ème assesseur :	Monsieur le Docteur Pierre-Marie GONNAUD

DATE DE SOUTENANCE : Vendredi 4 mars 2016

Adresse de l'auteur : camcom27@gmail.com

COMBARNOUS
(CC BY-NC-ND 2.0)