

Guérir les assurés, pas (simplement) les mettre en arrêt de travail !

A propos d'un cas pratique tiré de l'assurance d'indemnités journalières LCA

Dr Susanne Habicht

Spécialiste médecine interne générale FMH

Médecin de société CSS

Résumé

Notre description correspond à un cas assez typique d'indemnités journalières qui, sans l'intervention de la compagnie d'assurances, aurait sans doute encore longtemps traîné en longueur. Un homme mince, ayant une bonne cinquantaine, et exerçant une activité indépendante dans un domaine très compétitif est «subitement» victime d'un infarctus aigu de la paroi antérieure du myocarde, première manifestation clinique d'une coronaropathie tritronculaire. Après une chirurgie de pontage aorto-coronarien suivie par une réadaptation cardiaque en milieu hospitalier, qui permet à l'assuré de retrouver de bonnes capacités physiques, il est maintenu en arrêt maladie au motif qu'il a besoin d'une période de récupération suffisante avant de reprendre son activité mentalement et psychologiquement astreignante. Suite à un examen individuel de l'assuré effectué par son méde-

cin conseiller, l'assurance d'indemnités journalières demande des mesures médicales visant à limiter les dommages. L'incapacité de travail prend fin deux mois après leur début. Rétrospectivement, on peut se demander s'il n'aurait pas fallu déjà mettre en place le programme de suivi ambulatoire pendant le séjour de réadaptation en milieu hospitalier, et si le retard apporté à ce programme n'a pas inutilement prolongé le congé maladie ou n'a pas freiné le processus de guérison.

Un quinquagénaire exerçant une activité non salariée indépendante est victime d'un infarctus du myocarde aigu de la paroi antérieure (STEMI). L'angiographie coronarienne montre la présence d'une coronaropathie tritronculaire. Il est opéré à l'aide d'une machine cœur-poumon et bénéficie d'un quintuple pontage aorto-coronarien. Selon le rapport de sortie des chirurgiens cardiaques, l'opération et l'évolution post-opératoire précoce se déroulent sans complication. Le patient débute une réadapta-

tion cardiaque en milieu hospitalier au 10^e jour post-opératoire. Son début est toutefois retardé par des douleurs liées à la sternotomie et par des épanchements pleuraux post-opératoires bilatéraux. L'ensemble de ces troubles régresse sous traitement médicamenteux. Après un séjour de quatre semaines dans une clinique spécialisée en réadaptation cardiaque, le patient dispose de capacités physiques normales; à l'épreuve ergométrique finale, il atteint sa capacité de travail théorique (calculée individuellement). L'examen est négatif tant sur le plan clinique qu'électrique. La profession du patient ne demande pas d'effort physique, mais le soumet à un stress mental et psychique supérieur à la moyenne; il doit en particulier se livrer à un démarchage très actif et les clients une fois acquis se montrent de plus en plus exigeants en matière de prix et de prestations.

Parmi les facteurs de risque cardiovasculaire, les rapports de chirurgie cardiaque et de la clinique de réadaptation font état d'une anamnèse familiale positive ainsi que de la présence d'une hypercholestérolémie. Toujours selon les rapports, le patient est mince et il

n'a jamais souffert d'hypertension artérielle; sa pression artérielle actuelle est stabilisée à un niveau idéal grâce à un traitement médicamenteux de prévention cardiovasculaire secondaire qui comprend notamment un bêtabloquant et un diurétique. Le rapport de sortie de la clinique de réadaptation mentionne des signes de stress psychique; il signale également que le patient a besoin d'une période de récupération prolongée après la sortie de la clinique avant qu'on puisse songer à la reprise de son activité professionnelle habituelle. En revanche, il doit s'adonner tout seul quotidiennement à un exercice physique modéré pendant trente minutes au moins.

On recommande au patient de se soumettre à un premier contrôle ambulatoire chez le cardiologue deux à trois mois après la fin de la réadaptation en milieu hospitalier.

Plus de quatre mois après l'opération cardiaque, le patient est toujours en capacité de travail totale (attestée par son médecin de famille). En s'adressant personnellement au cardiologue du patient, le spécialiste de médecine interne générale conseille de l'assurance d'in-

demnités journalières apprend que le contrôle effectué quatre mois après l'opération a confirmé l'évolution favorable de la situation, mais que compte tenu du caractère «subit» de l'infarctus, le patient manque d'assurance et aurait éventuellement besoin d'un soutien psychothérapique. La fonction systolique déterminée à l'échocardiographie est d'environ 40 %.

Le médecin traitant fait remarquer que ce ne sont pas les capacités physiques qui sont déterminantes pour la profession de son patient, mais la tolérance mentale et psychique au stress. La question du médecin des assurances, qui cherchait à savoir sur quels éléments on a conclu à la présence d'une diminution de la tolérance mentale et psychique au stress, reste sans réponse. Le médecin traitant confirme également que le patient disposerait en principe depuis des mois des capacités physiques requises pour exercer son activité actuelle.

Un entretien personnel avec le patient et un bref examen clinique par l'interniste conseiller de l'assurance montre clairement que l'homme est tourmenté d'un côté par la peur constante de la survenue

d'un nouvel infarctus potentiellement mortel et, de l'autre, par des conflits familiaux. Il redoute par ailleurs d'avoir affaire à la justice dans une affaire professionnelle.

Il passe ses journées perdu dans des ruminations anxieuses, ne sait pas quoi faire et se sent délaissé; cependant, il n'a également aucune idée de la personne à qui il pourrait demander de l'aide. Le médecin conseiller de l'assurance lui propose de se joindre à un programme ambulatoire de réadaptation cardiaque, en lui signalant toutefois qu'on attend de lui qu'il reprenne prochainement son activité actuelle au moins à 50% – le calcul de l'incapacité de travail se basant néanmoins sur une journée de travail de 8,0–8,5 heures, ce qu'il faut parfois rappeler à une personne exerçant une activité indépendante. Le médecin conseiller fait remarquer à l'assuré (ainsi qu'à son médecin traitant contacté par courrier) qu'une attitude attentiste ou une prolongation de l'incapacité de travail ne sauraient déboucher sur une augmentation des capacités physiques, mentales et psychiques, et qu'il s'agit de prendre dès à présent des mesures pour limiter les dommages. En atten-

dant, l'assuré doit cependant patienter plusieurs semaines pour trouver une place dans un programme de réadaptation cardiaque ambulatoire. Il reprend partiellement son ancienne activité pendant la réadaptation cardiaque ambulatoire (débutée avec retard) même, et complètement dès la fin de la réadaptation.

A posteriori, on peut se demander si, bien que l'assuré eût recouvré ses capacités physiques, on n'aurait pas dû convenir d'un programme de suivi ambulatoire avant même la fin de la réadaptation cardiaque en milieu hospitalier, surtout compte tenu du fait que

les médecins de la clinique de réadaptation prévoyaient la poursuite d'une incapacité de travail totale pendant plusieurs semaines voire mois. Les programmes de réadaptation cardiaque ambulatoire se chargent évidemment aussi de gérer le stress (inévitabile) dans le cadre du contrôle des facteurs et indicateurs de risque cardiovasculaires. Il serait souhaitable que les médecins traitants vérifient, avant toute prolongation d'un certificat d'incapacité de travail, si les mesures médicales qui pourraient accélérer la guérison et la récupération de la capacité de travail sont vraiment épuisées.