

■ Revues générales

Quels paramètres contre-indiquent la reprise du travail après un événement cardiovasculaire ?

RÉSUMÉ : La reprise du travail après un événement cardiovasculaire est liée à de nombreux paramètres et repose entièrement sur la décision du médecin du travail, et plus particulièrement sur le médecin d'aptitude en fonction du poste de travail. Le cardiologue traitant ne pourra pas intervenir ici, que ce soit dans un sens (aptitude) ou dans l'autre (inaptitude). Il ne peut que donner le plus précisément possible un compte rendu de l'état du patient pour permettre au médecin du travail de prendre sa décision. Cependant, le cardiologue reste soumis au secret médical vis-à-vis de la famille, du médecin du travail et des autorités. Il n'a pas le pouvoir de déclarer une aptitude, mais il a un devoir d'information. Son rôle, lorsqu'une contre-indication existe, est de convaincre le patient de son état et lui expliquer qu'il doit informer son médecin du travail. Dans certains cas, comme la reprise de la conduite automobile, à titre privé ou professionnel, il peut solliciter un médecin agréé pour statuer sur son aptitude.



D.-M. MARCADET
Centre Cœur & Santé Bernoulli, PARIS.

Ces paramètres sont en relation les uns avec les autres et dépendent de la maladie elle-même, de ses séquelles éventuelles, du poste de travail occupé par le patient avant l'accident ou de celui qui était prévu pour lui, des traitements médicamenteux ou non médicamenteux, de l'environnement de travail et de l'état psychologique du patient après l'accident cardiaque. Un point important à connaître : le suivi envisagé et le passage dans un centre de réadaptation sont, pour le médecin d'aptitude, des éléments en faveur d'une reprise plus précoce. Le médecin du travail a donc besoin de connaître parfaitement l'histoire de la maladie et son évolution, les traitements entrepris, et de voir le patient pour la reprise du travail avec tous ces éléments [1-4].

■ Paramètres liés à la cardiopathie

Avant tout, la maladie doit être stabilisée. La persistance de troubles du rythme

non contrôlés, la persistance de signes congestifs pour une insuffisance cardiaque mal stabilisée, la persistance de douleurs, d'une fièvre sont autant de facteurs interdisant la reprise. En revanche, une fois la maladie stabilisée, il faut évaluer les séquelles éventuelles et faire le bilan de l'état clinique du patient : persistance de symptômes au repos ou à l'effort, persistance de signes cliniques, évaluation de la fraction d'éjection, données du test d'effort et de l'enregistrement de l'électrocardiogramme sur 24 heures.

Bien entendu, le poids de tous ces éléments dans la décision ou non de la reprise sont fonction du poste de travail. Par exemple, une fraction d'éjection altérée sera un élément contre-indiquant la reprise chez un patient occupant un poste de sécurité alors qu'elle ne le sera pas pour un travail de bureau.

La sévérité des dommages myocardiques après un syndrome coronaire aigu (SCA) dépend de la durée de l'occlusion coro-

I Revues générales

naire et de l'étendue du territoire atteint. La fraction d'éjection du ventricule gauche (FEVG) à l'admission a été décrite comme le paramètre clinique pronostique le plus important [5, 6].

Lorsqu'il existe une divergence entre la FEVG et la capacité d'exercice, une mesure des gaz expirés ou "*cardiopulmonary exercise test*" (CPET) peut être effectuée. On détermine ainsi le seuil anaérobie, la consommation (pic VO_2) maximale d'oxygène et l'efficacité respiratoire. Des données récentes montrent que la pente de l'évolution du rapport ventilation/minute par la production de gaz carbonique (VE/VCO_2) prédit le retour au travail. Si elle est supérieure à 35, on constate une diminution de 15 % de la reprise du travail [7].

La stabilité du rythme est essentielle, en particulier pour les activités dans lesquelles l'arythmie peut entraîner un trouble de la conscience et conduire à des situations potentiellement dangereuses (conducteurs professionnels, couvreurs, etc.). La survenue de complications (arrêt cardiaque hors hôpital, pontage aorto-coronarien en urgence ou insuffisance cardiaque post-infarctus) modifie le taux de retour au travail. Le facteur décisif semble ne pas être le type mais l'efficacité du traitement primaire [8].

La présence de comorbidités (diabète, insuffisance rénale, accident vasculaire cérébral antérieur, insuffisance respiratoire, maladie artérielle périphérique, etc.) influence bien entendu la capacité physique du patient, mais elle diminue aussi le taux de retour au travail par elle-même [9].

■ Paramètres liés au poste de travail

Le poste de travail est un élément clé. Comme cela a été dit plus haut, un état clinique donné peut être admis pour certains postes de travail mais pas pour d'autres. Un poste nécessitant un niveau

de capacité physique particulier (poste de manutention par exemple) ne pourra pas être repris sans risque si l'événement cardiovasculaire a diminué de manière importante la capacité physique.

Les paramètres liés au poste de travail dont il faut tenir compte sont ceux associés aux contraintes physiques (levage, transport et déplacement d'objets lourds), psychologiques, cognitives et environnementales (substances toxiques, fumées, haute ou basse pression atmosphérique, niveau sonore élevé, charge de poussière fine, chaleur/froid, champs électriques et électromagnétiques et autres).

■ Contraintes physiques

Le médecin du travail a la possibilité de connaître précisément la charge physique de chaque poste de travail. Dans la majorité des cas, des études basées sur l'enregistrement de la fréquence cardiaque ont permis d'établir le niveau moyen de contraintes cardiovasculaires de chaque poste dans la plupart des domaines d'activité. Après un syndrome coronaire aigu, le médecin d'aptitude devra alors connaître si, pour le poste prévu (en fonction notamment du niveau de fréquence cardiaque), il n'y a ni ischémie ni arythmie sur le test d'effort.

En 1978, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a classé la charge de travail en fonction du pourcentage effectué de la VO_2 max (travaux légers < 25 % de VO_2 max, travail modéré VO_2 max entre 25 et 50 %, travail lourd et très lourd > 50 % VO_2 max) [10].

Selon des tableaux spécifiques, la demande de travail peut être classée sur la base des METs (un MET correspond à la consommation de 3,5 mL d'oxygène par kilogramme de poids corporel par minute):

- < 3 METs : travail très léger;
- 3-5 MET : travail léger;
- 5-7 METs : travail modéré;
- > 7 MET : travail lourd [11].

La capacité fonctionnelle individuelle doit être au moins le double des besoins énergétiques liés à une activité professionnelle spécifique [12, 13].

■ Contraintes psychologiques

L'état psychologique du patient après l'accident est très important à considérer. On sait que la présence d'une dépression après un syndrome coronaire aigu est fréquente et complique souvent le retour au travail. La recherche systématique d'une dépression est souvent réalisée en centre de réadaptation cardiaque, mais elle ne l'est pas toujours en ville. Les symptômes dont se plaint le patient (fatigue) sont souvent rapportés à la pathologie cardiaque ou aux traitements (bêtabloquants) alors qu'ils sont en fait liés au syndrome dépressif, retardant le diagnostic. Certains postes peuvent être aussi exigeants sur le plan psychologique car soumis, par exemple, à des agressions fréquentes (poste d'accueil) ou lorsqu'il existe des conflits entre collègues ou avec le supérieur hiérarchique.

Les tâches comprenant le travail posté et le travail de nuit, la production de travail en ligne, le travail à la pièce, l'urgence de réalisation sont des paramètres professionnels importants à considérer dans l'évaluation de la capacité à reprendre le travail.

La capacité de se déplacer (atteindre le lieu de travail à pied, par les transports en commun ou au moyen d'un véhicule d'entreprise ou personnel) peut être un facteur limitant, notamment pour les patients qui ne peuvent reprendre la conduite automobile.

La survenue d'un accident cardiaque chez une personne jusque-là totalement asymptomatique est aussi parfois très mal vécue, même lorsque l'issue a été favorable. Il s'agit véritablement d'un choc post-traumatique rendant le patient plus fragile. Celui-ci ne se sent plus capable d'affronter le stress quotidien

d'un poste dans lequel les contraintes psychologiques sont importantes. Rappelons que le stress chronique sur le lieu de travail résulte des exigences de résultat alors que le potentiel décisionnel est faible, ou de la combinaison d'attentes élevées et d'une faible gratification professionnelle.

Ainsi, dans le contexte de facteurs non cardiaques, l'auto-évaluation de la capacité du patient à exécuter l'activité précédente a suffisamment élevé la valeur pronostique pour la réinsertion sociale. Une étude a récemment révélé six obstacles à la reprise du travail : stress au travail, anxiété, dépression, comorbidité, âge, faible niveau d'éducation. Quatre éléments sont en revanche favorables à la reprise : contrôle sur le travail effectué, aptitude au travail, bonne santé perçue et statut socio-économique élevé [14].

Le CPET est utile pour différencier les limitations cardiaques, pulmonaires et périphériques, et donc des problèmes de motivation peuvent être découverts. La situation financière des patients joue aussi un rôle important. En résumé, la réinsertion professionnelle des patients après un infarctus aigu du myocarde est principalement déterminée par des paramètres psychosociaux et moins par la maladie cardiaque sous-jacente [13].

■ Contraintes cognitives

Certains postes requièrent des qualités de concentration et de vigilance importantes. Ces facteurs peuvent être diminués par la maladie elle-même (comme dans l'insuffisance cardiaque par exemple), par des traitements médicamenteux altérant la vigilance ou par l'état psychologique du patient.

Certains traitements ou procédures sont déterminants au regard de la récupération attendue. Par exemple, les patients traités par pontage aorto-coronaire ont montré une diminution des facultés cognitives plus prononcée que ceux

traités par intervention coronaire percutanée [14].

■ Contraintes environnementales

L'état clinique doit être tel que le patient devra supporter certains environnements particulièrement stressants ayant tous un effet direct sur le système cardiovasculaire : bruit, températures extrêmes (chaud et froid), hypobarie et hyperbarie, accélération et décélération importante, mission de guerre, etc. On pense aussi aux environnements électromagnétiques susceptibles d'interférer avec un stimulateur cardiaque ou un défibrillateur.

■ Paramètres liés aux traitements

Certains médicaments peuvent intervenir dans la reprise du travail. Les anticoagulants sont une contre-indication à la reprise du travail dans les postes de sécurité, les stimulateurs pour ceux qui doivent travailler dans un environnement électromagnétique, les substances diminuant la vigilance dans des postes où les qualités cognitives sont importantes (aiguilleurs, pilotes, conducteurs de train...). Là encore, il existe des

POINTS FORTS

- La reprise du travail repose sur la décision du médecin du travail et d'aptitude en fonction du poste de travail. Le cardiologue ne peut intervenir dans cette décision.
- S'il existe une contre-indication, il doit convaincre son patient d'informer son médecin du travail. Il ne doit pas prendre directement contact avec celui-ci sans le consentement du patient.
- La décision repose sur de nombreux paramètres :
 - sévérité de la cardiopathie et des pathologies associées ;
 - contraintes liées au poste de travail (physiques, psychologiques, cognitives, environnementales) ;
 - contraintes liées aux traitements ;
 - paramètres liés au suivi (observance, passage en réadaptation).

recommandations qui vont permettre au médecin du travail de décider. Par exemple, un stimulateur cardiaque peut être une contre-indication à un poste de sécurité à la SNCF, mais uniquement si le patient est dépendant de son appareil.

■ Paramètres liés au suivi

L'évolution de la maladie et la manière dont ont été organisées les suites de l'événement cardiovasculaire sont autant de paramètres utilisés par le médecin du travail pour prendre sa décision. Le fait que les rendez-vous avec le médecin traitant et le cardiologue aient été pris, que les examens d'évaluation comme la scintigraphie, les échographies et le test d'effort aient été réalisés sont autant d'éléments positifs pour lui. Si certains patients ne désirent pas reprendre leur travail, d'autres au contraire le souhaitent. Ces derniers peuvent même parfois minimiser leurs signes cliniques ou ne pas faire les examens prescrits de peur d'être déclarés inaptes, ce qui pourrait avoir des conséquences financières importantes pour eux.

Le passage dans un centre de réadaptation, en permettant aux patients d'avoir une bonne connaissance de leur mala-

I Revues générales

die et une meilleure observance des traitements, est notamment un élément favorable à la reprise. Les patients revus au moment de la visite d'aptitude sont alors plus conscients des enjeux de cette reprise pour eux-mêmes, mais aussi pour leurs collègues et l'entreprise.

La réadaptation cardiaque (RC) est l'un des composants essentiels du traitement des patients après un événement coronarien aigu [15]. Outre la stabilisation clinique, l'organisation du retour au travail représente un sujet majeur de la RC. La réintégration professionnelle peut être considérablement améliorée par la réadaptation en raison du temps disponible pour les examens nécessaires et les examens institutionnels (dialogue entre cardiologues formés en médecine du travail, psychologues et travailleurs sociaux). Une méta-analyse récemment publiée de 18 études montre que le taux de réintégration est amélioré à la suite d'une prise en charge individuelle psychosociale et professionnelle [16]. Cependant, les informations relatives à la profession ne sont pas suffisamment prises en compte au cours de la réadaptation.

Une enquête française a constaté que l'évocation de la reprise du travail était complètement absente pour 47 % des patients en centre de réadaptation. Ainsi, le traitement de la maladie cardiaque sous-jacente (y compris l'entraînement physique, les conseils en nutrition et l'optimisation thérapeutique) est relativement prioritaire, négligeant la reprise du travail [14]. Particulièrement dans des emplois physiquement exigeants ou des emplois avec des tâches et des risques professionnels spécifiques (chaleur, hauteur, champs électromagnétiques, etc.), le jugement du médecin de l'entreprise est généralement requis.

Le retour au travail après un accident coronarien est davantage lié au contexte socioéconomique (46,6 %) et au profil psychologique (40 %) du sujet qu'à son état cardiaque (13,4 %) [1]. En France, le taux de reprise à 1, 3 et 7 ans est respec-

tivement de 78,5 %, 62,5 % et 40,7 % et, dans ce dernier cas, il est faible en raison des départs à la retraite (63 %) [2]. Le taux de reprise est de 70 à 80 % après pontages coronaires ; il est plus élevé après angioplastie coronaire (plus de 80 %) [3, 17].

Il est prouvé qu'un programme multidisciplinaire, adapté à la perspective de la réinsertion professionnelle, améliore le taux de retour à l'emploi au même poste. Ainsi, une procédure clairement identifiée d'aide à la réinsertion doit être mise en place. Cette approche multidisciplinaire sera réalisée tout particulièrement pour les patients dont les caractéristiques psychosociales, cliniques ou de pénibilité du poste représentent des facteurs de risque de non-reprise. Elle comprend des mises en situation avec des activités proches du métier du patient, une prise en charge psychologique, sociale et en ergothérapie, des consultations spécialisées en médecine du travail. De nombreux facteurs sont à prendre en compte : l'âge, le sexe, le type d'activité professionnelle, la capacité à réaliser une activité physique, le niveau d'éducation, le type d'occupation et les facteurs psychosociaux.

Un cas particulier : la reprise de la conduite automobile dans un cadre professionnel et donc aussi privé

Le cardiologue reste soumis au secret médical vis-à-vis de la famille, du médecin du travail et des autorités. Il n'a pas le pouvoir de déclarer une aptitude, mais il a un devoir d'information. Son rôle est de convaincre le patient de restreindre sa conduite temporairement, voire définitivement, et de solliciter si nécessaire un médecin agréé pour statuer sur l'aptitude. Un arrêté de décembre 2017 précise les conduites à tenir à donner aux patients cardiaques tant pour la conduite privée que professionnelle.

Il faut rappeler qu'à ce jour le secret médical reste entier et qu'il n'y a pas

de dérogation inscrite dans la loi sur ce sujet. Le cardiologue ne peut pas interdire à son patient de conduire. Il ne peut pas non plus signaler à une quelconque autorité que son état de santé n'est pas compatible avec la conduite. Il ne peut contacter la famille ou le médecin du travail qu'après l'accord du patient.

Il est fortement recommandé d'informer précisément le patient de son état de santé et de la nécessité de respecter un délai si nécessaire avant de reprendre la conduite privée ou professionnelle. Il n'est pas inutile de préciser qu'il s'agit d'une reprise progressive, sur de petits trajets au début, en conduite accompagnée. Il doit être éduqué à la reconnaissance des signes d'alerte, informé qu'il doit prévenir son assureur de son nouvel état de santé. En effet, en cas d'accident, celui-ci pourrait remettre en cause sa prise en charge en cas d'omission.

Il est fortement recommandé d'inscrire clairement dans le dossier médical que l'information a été donnée et comprise par le patient. Il n'est pas inutile de lui rappeler que tout conducteur se posant la question de savoir si son état de santé est compatible avec la conduite devrait de lui-même solliciter l'avis d'un médecin agréé de sa région qui pourra juger de son aptitude. Celui-ci se rapprochera dans ce cas du cardiologue pour avis.

Conclusion

On le voit, de nombreux paramètres influencent la reprise du travail après un événement cardiaque. Certains sont liés à la cardiopathie elle-même et au poste de travail, d'autres sont plus en rapport avec des aspects psychosociaux. Le passage en réadaptation cardiaque semble indispensable ici, car il améliore très nettement le taux de reprise du travail par l'optimisation thérapeutique, l'amélioration des capacités physiques et la prise en charge des problèmes psychosociaux. Rappelons enfin que la reprise du travail après un événement cardiovasculaire

repose entièrement sur la décision du médecin du travail et plus particulièrement sur le médecin d'aptitude en fonction du poste de travail. Le cardiologue traitant ne pourra pas intervenir ici, que ce soit dans un sens (aptitude) ou dans l'autre (inaptitude).

BIBLIOGRAPHIE

1. MONPERE C, FRANCOIS G, RONDEAU DU NOYER C *et al.* Return to work after rehabilitation in coronary bypass patients. Role of the occupational medicine specialist during rehabilitation. *Eur Heart J*, 1988;9(suppl L):48-53.
2. MONPERE C, RAJOELINA A, VERNOCHE T *et al.* Réinsertion professionnelle après réadaptation cardiaque chez 128 patients coronariens suivis pendant 7 ans. Résultats et analyse médico-économique. *Arch Mal Cœur*, 2000;93:797-806.
3. SELLIER P, VARAILLAC P, CHATELLIER G *et al.* Factors influencing return to work at one year after coronary bypass graft surgery: results of the PERISCOP study. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil*, 2003;10:469-475.
4. MITAL A, DESAI A, MITAL A. Return to work after a coronary event. *J Cardiopulm Rehabil*, 2004;24:365-373.
5. PERELSSTEIN BREZINOV O, KLEMPFNER R, ZEKRY SB *et al.* Prognostic value of ejection fraction in patients admitted with acute coronary syndrome: a real world study. *Medicine (Baltimore)*, 2017;96:e6226.
6. REIBIS R, SALZWEDEL A, BONAVENTURA K *et al.* Improvement of left ventricular ejection fraction in revascularized postmyocardial patients: indication for statistical fallacy. *BMC Res Notes*, 2017;10:244.
7. SALZWEDEL A, REIBIS R, WEGSCHEIDER K *et al.* Cardiopulmonary exercise testing is predictive of return to work in cardiac patients after multicomponent rehabilitation. *Clin Res Cardiol*, 2016; 105:257-267.
8. DESCATHA A, DUMAS F, BOUGOUIN W *et al.* Work factors associated with return to work in out-of-hospital cardiac arrest survivors. *Resuscitation*, 2018;128:170-174.
9. ROBERTS TJ, BURNS AT, MACISAAC RJ *et al.* Exercise capacity in diabetes mellitus is predicted by activity status and cardiac size rather than cardiac function: a case control study. *Cardiovasc Diabetol*, 2018;17:44.
10. World Health Organization. Habitual physical activity and health. European series 6. Copenhagen, Denmark: WHO Regional Publications, 1978.
11. JETTE M, SIDNEY K, BLÜMCHEN G. Metabolic equivalents (METS) in exercise testing, exercise prescription, and evaluation of functional capacity. *Clin Cardiol*, 1990;13:555-565.
12. TAINO G, BREVI M, GAZZOLDI T *et al.* [Vocational integration of the worker suffering from ischemic heart disease: prognostic factors, occupational evaluation, and criteria for the assessment of their suitability for the specific task]. *G Ital Med Lav Ergon*, 2013; 35:102-119.
13. REIBIS R, SALZWEDEL A, ABREU A *et al.* The importance of return to work: How to achieve optimal reintegration in ACS patients. for the Secondary Prevention and Rehabilitation Section of the European Association of Preventive Cardiology (EAPC). *Eur J Prev Cardiol*, 2019;26:1358-1369.
14. LATIL F, ILIOU MC, BOILEAU C *et al.* Returning to work after an acute coronary syndrome: when waiting is wasting. *Ann Cardiol Angeiol (Paris)*, 2017; 66:81-86.
15. PIEPOLI MF, CORRÀ U, ADAMOPOULOS S *et al.* Secondary prevention in the clinical management of patients with cardiovascular diseases. Core components, standards and outcome measures for referral and delivery: a policy statement from the cardiac rehabilitation section of the European Association for Cardiovascular Prevention and Rehabilitation. Endorsed by the Committee for Practice Guidelines of the European Society of Cardiology. *Eur J Prev Cardiol*, 2014;21:664-681.
16. O'BRIEN L, WALLACE S, ROMERO L. Effect of psychosocial and vocational interventions on return-to-work rates post-acute myocardial infarction: a systematic review. *J Cardiopulm Rehabil Prev*, 2018;38:215-223.
17. GRAGNANO A, NEGRINI A, MIGLIORETTI M *et al.* Common psychosocial factors predicting return to work after common mental disorders, cardiovascular diseases, and cancers: a review of reviews supporting a cross-disease approach. *J Occup Rehabil*, 2018;28:215-231.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.