

Reprise du travail chez le patient coronarien



Bruno PAVY, Machecoul B. PAVY

1. Introduction

La reprise du travail du patient coronarien après syndrome coronarien aigu (SCA) et / ou revascularisation coronaire par voie interventionnelle ou chirurgicale reste un défi pour le cardiologue, le médecin traitant et le médecin du travail. De nombreux facteurs sont à prendre en compte et les situations sont très variées nécessitant une approche en collégialité dont l'obstacle principal est la difficulté de communication entre les différents professionnels de santé, le patient et le milieu du travail.

2. Contexte actuel

En 2016, les maladies cardiovasculaires représentent en Europe 45% des décès, dont 29% des morts prématurées (avant 65 ans). La maladie coronarienne compte pour 20% de la mortalité totale [1]. Le coût social de la maladie coronarienne est estimé à une perte de 90 millions de jours de travail annuels en Europe [2]. La crise économique influe sur le taux d'infarctus et la mortalité hospitalière, la réintégration dans le milieu professionnel est un facteur important [3].

3. Rôle du cardiologue

3.1 Prise de conscience

Une étude française prospective récente a étudié les facteurs de variation de la reprise du travail chez 216 patients, travailleurs indépendants,

après infarctus du myocarde en Ile de France. 43% d'entre eux n'avaient pas repris à 3 mois dont 14% sans complication et avec une bonne performance. Il faut noter l'absence d'avis du cardiologue sur les possibilités de travail dans 44% des cas. La capacité d'effort est corrélée à la reprise mais pas à la durée de l'arrêt de travail. Celle-ci est en partie liée à l'indécision médicale (sur la mise en invalidité). Les patients réadaptés (16% dans cette étude) reprennent plus tard (délai d'attente et gravité clinique) [4].

Cette étude met en évidence l'influence implicite du cardiologue dans la décision ultérieure de reprise et du maintien à l'emploi du patient, même dans le cadre de professions indépendantes.

3.2 Les facteurs cliniques et la reprise du travail

Les facteurs cliniques influent pour 20% dans la reprise du travail. Le délai de retour au travail est plus court après angioplastie coronaire qu'après chirurgie coronaire (6 versus 13 semaines) mais le maintien à l'emploi reste identique [5]. Dans une série néerlandaise, a été analysée la vision du patient. Sur 84 patients, 58% ont repris dans les 3 mois, 88% avaient repris dans les 2 ans. Le facteur facilitant était l'absence de symptômes, les facteurs bloquants étaient la fatigabilité (faible capacité d'effort), les comorbidités et les difficultés cognitives (trouble

de concentration) [6]. De nombreux facteurs interfèrent avec la décision du patient : stress professionnel (investissement, reconnaissance, burn-out...), projet de carrière, proximité de la retraite, syndrome anxio-dépressif.

Le contrôle des facteurs de risque cardiovasculaire est essentiel, par exemple une étude aux US récente montre que le patient fumeur en recherche d'emploi aura plus de mal à retrouver un travail à un an et sera moins bien rémunéré [7]. La présence d'un diabète, d'une HTA, d'un tabagisme, une fraction d'éjection altérée (<0,40), un travail physique sont des facteurs bloquant la reprise du travail [8].

Les autres facteurs interférant avec la reprise du travail sont multiples. Une étude de l'hôpital Broussais en 1996 a permis d'analyser le suivi de 174 patients actifs après infarctus du myocarde sur 33 mois. 75% ont repris le travail, 34% après aménagement du poste (temps de travail, tâches) ou changement de poste. Les facteurs de non reprise étaient l'âge plus élevé, les résultats du test d'effort (capacité d'effort abaissée, chute tensionnelle). Le délai moyen de reprise était de 30 semaines, influencé par les critères de gravité de l'infarctus (antérieur, récidivant). Les facteurs socio-professionnels étaient associés à une moindre reprise (taille de l'entreprise, niveau de formation, ancienneté dans l'entreprise, catégorie professionnelle, secteur professionnel, contraintes physiques du

Reprise du travail chez le patient coronarien

poste) ou à un délai plus long de reprise (aménagement du poste, changement d'emploi) [9]. En cas d'arrêt cardiorespiratoire, le taux de non reprise à 6 mois est de l'ordre de 25% versus 6% en son absence [10].

3.3 Les facteurs liés au patient

La tolérance du traitement, la présence de troubles anxieux ou d'épisodes dépressifs sont défavorables.

Des facteurs liés à l'activité professionnelle vont largement influencer le souhait du patient à envisager la reprise du travail : mauvaise ambiance (conflits latents ou déclarés, menace de licenciement, surmenage, ou à l'inverse impossibilité de s'arrêter), conditions difficiles de travail (confort précaire, conditions de sécurité non respectées, transports longs et pénibles...).

Des facteurs personnels : familiaux (conflits dans le couple), gardes d'enfants, accompagnement de personnes âgées..., voire des bénéfices secondaires (reconnaissance de la plainte par le corps médical, reconnaissance de l'état de maladie par l'entourage).

3.4 Les facteurs liés au contexte

Risque de modification du statut social (déqualification professionnelle), précarité de l'emploi (risque de chômage), couverture sociale limitée (artisans, professions libérales) sont des facteurs à prendre en compte.

3.5 Facteurs spécifique à l'activité professionnelle

Le travail en horaires décalés implique d'accomplir un travail à des heures différentes sur une période donnée de jours ou de semaines. Il peut s'agir d'un travail de nuit (plus de 3 heures entre 21H

Syndrome coronaire aigu : infarctus aigu du myocarde et/ou angine de poitrine instable	Compatibilité selon avis spécialisé à la reprise de conduite, délivrance ou renouvellement de permis de conduire. En cas d'atteinte myocardique significative, la reprise de la conduite ne peut être autorisée qu'après un délai minimum de 6 semaines.
Angioplastie hors syndrome coronaire aigu	La reprise de la conduite ne peut être autorisée qu'après un délai minimum de 4 semaines après réalisation de l'angioplastie. Compatibilité selon avis spécialisé attestant de la récupération et des résultats satisfaisants
Pontage coronaire	Compatibilité à la reprise de conduite selon l'avis spécialisé .
Défibrillateur automatique implantable	Avis spécialisé obligatoire. Incompatibilité si confirmation de l'indication d'une pose d'un défibrillateur. En cas de refus
Défibrillateur externe portable (gilet)	Incompatibilité.

Tableau 1 : Arrêté de décembre 2017 sur les incompatibilités médicales à la conduite

et 6H au moins deux fois par semaine) ou d'un travail posté (succession d'équipes). Ces contraintes sont responsables de troubles du sommeil, d'une augmentation des facteurs de risque (tabagisme, HTA, diabète, surpoids) et de la mortalité cardiaque (RR=1,04), ainsi que des troubles d'anxiété-dépression [11, 12].

Le travail à la chaleur entraîne une tachycardie (30 bpm pour 1°C), un risque de déshydratation. Il est nécessaire de limiter l'aptitude dans le temps ou d'avoir un travail intermittent. Cela concerne de nombreux métiers (boulangerie, blanchisserie, métallurgie, travail en tenue étanche, travail en extérieur du bâtiment ou agricole).

Le travail au froid (<15°C = inconfort, <5°C = danger) nécessite des précautions (suivi renforcé, tenue adaptée, temps d'exposition limitée). Cela concerne en particulier les travaux du bâtiment, l'agriculture, les pêcheurs, les gardiens, le travail dans des lieux mal chauffés (hangars, entrepôts, parkings), les transports (routiers, chauffeurs-livreurs, les aéroports, le trafic maritime), l'agroalimentaire, le travail en eau froide.

Le travail en hauteur est lié au risque de chute en cas de malaise (toitures, passerelles, charpente, échafaudages, échelles) et concerne le bâtiment, les agents des réseaux

électriques, les techniciens de maintenance, les agents d'entretien, les travailleurs du spectacle. Il y a des normes de sécurité précises (quelle que soit la hauteur du travail).

La conduite professionnelle : il faut informer le patient du risque éventuel de la conduite en fonction de son état de santé, le convaincre de prévenir son assureur et de solliciter au besoin l'avis d'un médecin agréé par la préfecture. Le cardiologue ne peut interdire la conduite au patient et le secret médical est à l'heure actuelle toujours maintenu à ce sujet, il n'est pas autorisé à signaler aux autorités la dangerosité éventuelle de la pratique de la conduite par un patient, mais l'information doit être claire et inscrite dans le dossier. La présence d'un défibrillateur implantable interdit toute conduite professionnelle. Il est nécessaire de se référer à l'arrêté de décembre 2017 fixant les incompatibilités légales [23]. Voir ci-dessous les items concernés dans cet article (Tableau 1).

Depuis l'ère industrielle, la durée de travail n'a cessé de décroître alors que le gain de productivité augmente. La vitesse est devenue l'ennemie principale qui affecte notre tranquillité d'esprit (« qui ne gare pas assez vite sa voiture, rate sa réunion, rate son augmentation, rate sa carrière, rate sa vie » J P Houppé).

Parmi les facteurs de risque de l'infarctus du myocarde, environ 33% de la part attribuable revient aux facteurs psychosociaux, dont le stress au travail chez l'homme [13, 14]. Un temps de travail élevé (plus de 55 heures par semaine) est en lien avec une augmentation du risque cardiovasculaire [15] ainsi qu'une surcharge de travail à partir d'une augmentation de plus de 3H (HR=1,60) [16]. La survenue d'un burnout est également un facteur de risque indépendant (HR=1,8) [17], sans omettre la perte d'emploi et la durée du chômage [18].

Un syndrome dépressif détecté pendant l'hospitalisation est un facteur indépendant de non-reprise du travail [19]. Enfin la reprise du travail après accident cardiaque est en elle-même un facteur de stress psychologique chez l'homme (HR=1,8) et surtout la femme (HR=2,2) [20].

Le cardiologue devrait s'impliquer à détecter le niveau de stress psychosocial de ces patients en se basant sur le questionnaire proposé par l'ESC [21], cf tableau 2.

3.6 Facteurs liés au médecin

Art 8 du code de déontologie médicale : « dans les limites fixées par la loi, le médecin est libre de ses prescriptions qui seront celles qu'il estime les plus appropriées en la circonstance ». Le médecin prescrit un arrêt de travail en fonction de sa sensibilité, son niveau de tolérance, son degré d'empathie mais aussi son état de fatigue, sa disponibilité, ses expériences antérieures, son histoire médicale personnelle. La HAS propose des référentiels sur la durée moyenne d'arrêt de travail après un infarctus du myocarde ou une revascularisation coronarienne (Figures 1 et 2)

Statut socio-économique	1. quel est votre niveau d'études ? 2. Etes-vous travailleur manuel ?
Stress familial et professionnel	1. Avez-vous la possibilité de contrôler votre demande de travail ? 2. Estimez-vous être normalement récompensé pour votre investissement au travail ? 3. Avez-vous des problèmes sérieux dans votre relation de couple ?
Isolement social	1. Vivez-vous seul ? 2. Avez-vous une personne à qui vous confier ?
Dépression	1. Vous sentez-vous triste, déprimé, sans espoir ? 2. Avez-vous perdu de l'intérêt et du plaisir à vivre ?
Anxiété	1. Vous sentez-vous souvent nerveux, anxieux ou « à cran » ? 2. Etes-vous souvent incapable de mettre fin ou de contrôler une préoccupation ?
Hostilité	1. Vous mettez-vous souvent en colère pour des choses banales ? 2. Etes-vous souvent irrité par le comportement des autres ?
Personnalité de type D	1. Etes-vous généralement anxieux, dépressif ou irritable ? 2. Evitez-vous de partager vos idées et vos émotions avec les autres ?

by courtesy of Dr Jean-Pierre Houppé

Tableau 2 : Questionnaire d'évaluation du stress psychosocial d'après [21]

Type d'emploi		Durée de référence*
Travail sédentaire		28 jours
Travail physique léger	Charge ponctuelle < 10 kg Charge répétée < 5 kg	35 jours
Travail physique modéré	Charge ponctuelle > 10 kg Charge répétée < 5 kg	42 jours
Travail physique lourd	Charge > 25 kg	60 jours

* Durée à l'issue de laquelle la majorité des patients est capable de reprendre le travail. Cette durée est modulable en fonction des complications ou comorbidités du patient

> La durée de l'arrêt est à adapter selon :

- L'âge du patient
- Le critère de gravité de l'infarctus (antécédent d'infarctus du myocarde ou localisation antérieure)
- Les résultats des examens (épreuve d'effort, fraction d'éjection, holter...)
- L'étendue des lésions retrouvées sur la coronarographie (lorsque celle-ci est nécessaire)
- La revascularisation éventuelle*
- Le niveau socio-économique
- Les facteurs psychologiques (anxiété, dépression)
- La durée et les conditions de transport

Figure 1 : Référentiel HAS 2011 : arrêt de travail après infarctus du myocarde

Type d'emploi		Durée de référence*	
		Angioplastie transluminale Hors infarctus du myocarde	Pontage aorto-coronarien
Travail sédentaire		7 jours	42 jours
Travail physique léger	Charge ponctuelle < 10 kg Charge répétée < 5kg	7 jours	56 jours
Travail physique modéré	Charge ponctuelle < 25 kg Charge répétée < 10 kg	14 jours	70 jours
Travail physique lourd	Charge > 25 kg	21 jours	90 jours

* Durée à l'issue de laquelle la majorité des patients est capable de reprendre le travail. Cette durée est modulable en fonction des complications ou comorbidités du patient

> La durée de l'arrêt est à adapter selon :

- L'âge du patient
- Le nombre d'artères coronariennes revascularisées
- Les comorbidités
- Les résultats de l'épreuve d'effort*
- La sévérité des symptômes résiduels
- le niveau socio-économique
- Les facteurs psychologiques (anxiété, dépression)
- La durée et les conditions de transport

* Dans le syndrome coronarien aigu sans sus-décalage de ST, une épreuve d'effort est recommandée dans les 4 à 7 semaines (avant la reprise du travail)

Figure 2 : Référentiel HAS 2011 : arrêt de travail après revascularisation coronarienne

Reprise du travail chez le patient coronarien

Les modulations signalées reflètent les variations attendues en fonction de chaque cas [22].

3.7 Conduite à tenir après l'accident cardiaque

Un bilan rigoureux est toujours nécessaire contenant l'historique (antécédents cardiaques, contrôle des facteurs de risque), les symptômes résiduels éventuels, l'échocardiographie (fraction d'éjection), le holter (troubles du rythme), l'épreuve d'effort (ischémie, troubles du rythme, capacité d'effort).

La profession du patient doit être précisée et explicitée afin de permettre au cardiologue d'envisager une durée raisonnable d'arrêt de travail (toujours révisable).

En fonction du souhait du patient, le cardiologue pourra l'orienter vers une reprise compatible avec son état cardiologique (travail sédentaire, pas d'obstacle relaté par le patient), en cas de difficultés à prévoir, il pourra lui conseiller de demander une visite de pré-reprise auprès de la médecine du travail et lui donner un courrier circonstancié dans ce but, proposer une reprise à temps partiel thérapeutique (avec l'accord de l'employeur et du médecin conseil), proposer un aménagement du poste de travail (limiter les charges par exemple) ou l'encourager à une reconversion professionnelle en cas d'incompatibilité manifeste.

3.8 La réadaptation cardiaque

Un programme de réadaptation cardiaque est parfaitement indiquée pour améliorer la capacité d'effort lors d'un réentraînement à l'effort, pour optimiser la thérapeutique, contrôler les facteurs de risque

et aider à la reprise du travail, en particulier chez les patients ayant une profession avec des contraintes particulières.

4. Rôle du médecin du travail

4.1 Place actuelle de la médecine du travail

Le médecin du travail a un rôle préventif consistant à éviter toute altération de la santé physique ou mentale des salariés du fait de leur travail (art L4622-3 du code du travail). L'objectif principal est le maintien en emploi qui dépend de critères cliniques (20%), inhérents aux examens complémentaires (45%) et du contexte socio-économique (niveau socioculturel, niveau de qualification et de rémunération, taille de l'entreprise, durée de l'arrêt de travail, risque de récurrences).

Il définit l'aptitude (adéquation entre l'état de santé et le poste de travail), se positionne par rapport au salarié dans son environnement professionnel, le médecin traitant et le cardiologue se positionnent par rapport au patient et le médecin conseil de la sécurité sociale par rapport à un assuré social (capacité globale de travailler), c'est lui qui statuera sur l'invalidité.

Son rôle sera grandement aidé par la coopération avec le cardiologue qui lui aura donné tous les éléments lui permettant d'évaluer les modalités de reprise du travail.

4.2 Modalités de reprise ou non reprise du salarié

La visite de pré-reprise est essentielle, elle survient pendant l'arrêt de travail, elle est sollicitée par le patient, le médecin traitant ou le médecin conseil ou si l'arrêt dépasse 3 mois.

Elle n'entraîne pas de décision d'aptitude mais une action préparatoire à la reprise avec adaptation de poste éventuelle, échange avec l'employeur.

Celui-ci est tenu de prendre en considération les propositions d'aménagement du poste ou de faire connaître ses motifs en cas de refus.

Le médecin du travail analyse les contraintes physiques (manutention, positions pénibles, vibrations), l'environnement (agents chimiques, chaleur, froid, bruit), le rythme de travail (horaires décalés, travail répétitif à cadence imposée), les contraintes de sécurité (conduite, transport de personnes, travail en hauteur, risque électrique et électromagnétique, port d'armes, travail isolé).

En cas d'inaptitude (1% des avis émis), le patient sera reclassé (5% des cas) sur un autre poste de l'entreprise ou licencié, ou mis en retraite anticipée.

La présence d'un défibrillateur nécessite une analyse détaillée du poste de travail (rayonnements électromagnétiques) afin d'éviter un reclassement non nécessaire.

5. Conclusion

Le cardiologue doit anticiper les obstacles prévisibles à la reprise du travail du patient coronarien.

Le temps pris à cette problématique permet de renseigner efficacement le médecin du travail et favoriser la reprise et le maintien au travail.

La visite de pré-reprise est souvent à conseiller afin d'éviter des déboires lors de la reprise du travail, une reprise

progressive (temps partiel thérapeutique) est une option intéressante pour éviter la désinsertion professionnelle (Figure 3).

6. Références

1- Townsend N, Wilson L, Bhatnagar P, Wickramasinghe K, et al. Cardiovascular disease in Europe: epidemiological update 2016. *Eur Heart J*. 2016;37:3232-3245.

2- Leal J, Luengo-Fernandez R, Gray A, et al. Economic burden of cardiovascular diseases in the enlarged European Union. *Eur Heart J* 2006;27:1610-1619

3- Torbica A, Maggioni AP, Ghislandi S. The economic crisis and acute myocardial infarction: New evidence using hospital-level data. *PLoS ONE* 2015, 10(11): e0142810. doi:10.1371/journal.pone.0142810

4- Latil F, Iliou MC, Boileau C, et al. Retour au travail après un accident coronarien aigu. *Ann Cardiol Angeiol* 2017;66:81-6.

5- Maznyczka AM, Howard JP, Banning AS, et al. A propensity

matched comparison of return to work and quality of life after stenting or coronary artery bypass surgery. *Open Heart* 2016;3:e000322. doi:10.1136/openhrt-2015-000322

6- Slebus FG, Jorstad HT, Peters RJG, et al. Return to work after an acute coronary syndrome: patients' perspective. *Saf Health Work* 2012;3:117-22.

7- Prochaska JJ, Michalek AK, Brown-Johnson C, et al. Likelihood of unemployed smokers vs nonsmokers attaining reemployment in a one-year observational study. *JAMA Intern Med*. 2016;176:662-670.

8- Attarchi M, Amiri Rigi A, Mirzamohammadi E, et al. Assessment of the main factors influencing return to work following myocardial infarction: A longitudinal study. *Int J coll Res Int Med Pub Health* 2012 ;4 :1305-14.

9- Varailac P, Sellier P, Iliou MC, et al. Return to Work Following Myocardial Infarction. Medical and Socio-Professional Factors. *Arch Mal Cœur Vaiss* 1996;89:203-9.

10- Lilja G, Nielsen N, Bro-

Jeppesen J, et al. Return to Work and Participation in Society After Out-of-Hospital Cardiac Arrest. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*. 2018;11:e003566.

11- Esquirol Y, Perret B, Ruidavets JB, et al. Shift work and cardiovascular risk factors : New knowledge from the past decade. *Arch Cardiovasc Dis* 2011;104:636-68.

12- Vyas MV, Garg AX, Lansavichus AV, et al. Shift work and vascular events: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2012;345:e4800 doi: 10.1136/bmj.e4800

13- Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S, et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet* 2004;364:937-52.

14- Rosengren A, Hawken S, Ounpuu S, et al. Association of psychosocial risk factors with risk of acute myocardial infarction in 11 119 cases and 13 648 controls from 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet*

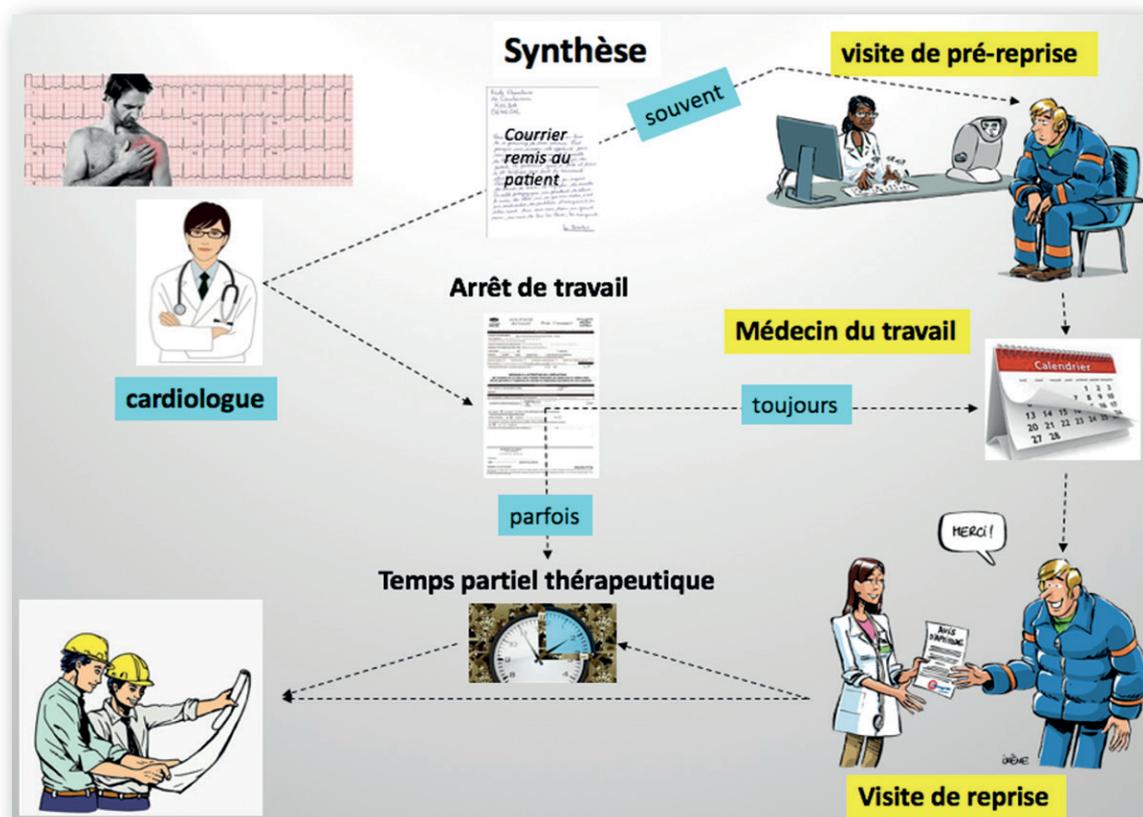


Figure 3 : Synthèse du rôle du cardiologue dans la reprise du travail

2004;364:953-62.

15- Kivimäki M, Jokela M, Nyberg ST, et al. Long working hours and risk of coronary heart disease and stroke: a systematic review and meta-analysis of published and unpublished data for 603 838 individuals. *Lancet* 2015;386:1739-46.

16- Virtanen M, Ferrie JE, Singh-Manoux A, et al. Overtime work and incident coronary heart disease: Whitehall II prospective cohort study. *Eur Heart J* 2010;31:1737-44.

17- Toker S, Melamed S, Berliner S, et al. Burnout and risk of coronary heart disease: a prospective study of 8838 employees. *Psychosom Med* 2012;74:840-7.

18- Dupre ME, George LK, Liu

G, et al. The cumulative effect of unemployment on risks for acute myocardial infarction. *Arch Int Med* 2012;172:1731-7.

19- Bhattacharyya MR, Perkins-Porras L, Whitehead DL, et al. Psychological and clinical predictors of return to work after acute coronary syndrome. *Eur Heart J* 2007;28:160-5.

20- Brisson C, Leblanc R, Bourbonnais R, et al. Psychologist distress in postmyocardial infarction patients who have returned to work. *Psychosom Med* 2005;67 :59-63.

21- Piepoli MF, Hoes AW, Agewall S, et al. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Socie-

ties on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice. *Eur Heart J* 2016;37:2315-81.

22- HAS, juillet 2011. Réponse à la saisine du 12 mai 2011 en application de l'article L.161-39 du code de la sécurité sociale. Référentiels concernant la durée d'arrêt de travail dans trois cas : Fracture tibia fibula, Infarctus du myocarde, Revascularisation coronarienne.

23- Arrêté du 16 décembre 2017 modifiant l'arrêté du 21 décembre 2005 modifié fixant la liste des affections médicales incompatibles avec l'obtention ou le maintien du permis de conduire ou pouvant donner lieu à la délivrance de permis de conduire de durée de validité limitée.

INSCRIVEZ-VOUS DÈS MAINTENANT

FORUM FRANCOPHONE PLURIDISCIPLINAIRE

Workshop **CARDIOLOGIE**



Dakar

Sénégal

du 18 au 24 Novembre 2019

dakar@affinitesante.com - Tél. : 01 72 33 91 01