

I Revues générales

Non-reprise du travail : quelle responsabilité médicale ?

RÉSUMÉ : L'avis médical sur l'aptitude professionnelle est indispensable après un accident cardiaque et doit être argumenté, une décision de non-reprise du travail risquant d'entraîner des conséquences préjudiciables sur le plan humain mais également sur le plan médico-économique.

Il s'agit d'un travail médical collaboratif incluant le patient, tenant compte des paramètres cliniques et fonctionnels, des caractéristiques du poste et du stress psychosocial.

La reprise est possible dans la majorité des cas, une attention toute particulière devant être portée sur la durée de l'arrêt de travail, souvent trop longue, et sur le repérage des patients à risque de non-reprise. Le rôle des centres de réadaptation cardiaque est à cet égard fondamental en permettant l'optimisation des possibilités de reprise dans ces populations vulnérables.



C. MONPÈRE

Cardiologue consultante, TOURS.

L'avis médical sur l'aptitude professionnelle est indispensable après un accident cardiaque, en particulier en cas de séquelles graves et/ou de poste à risques. Une décision de non-reprise du travail risque d'entraîner des conséquences préjudiciables sur le plan humain (dépression, mauvaise estime de soi, perte financière, perte de liens sociaux...), mais également sur le plan médico-économique : 43 % des dépenses de santé dans les pathologies cardiovasculaires sont générées par des coûts indirects, notamment liés à la perte d'heures de travail. Cet avis d'aptitude engage donc la responsabilité du médecin et doit être argumenté.

L'aptitude professionnelle : un travail médical collaboratif incluant le patient

Le statut de la personne cardiaque est en effet envisagé de différentes façons : comme patient avec ses praticiens traitants, comme salarié par le médecin du travail et comme assuré social par le médecin-conseil des Caisses d'Assurance

Maladie. Néanmoins, tous travaillent dans un seul objectif, qui est la prévention de la désinsertion professionnelle et sociale.

Cela est particulièrement important à notre époque où les taux de chômage restent élevés et où les compensations financières liées à la perte d'un emploi sont en diminution. C'est dire que tout avis d'inaptitude à la reprise d'un poste de travail devra être particulièrement expliqué au patient et formalisé, celui-ci pouvant se retourner contre le médecin s'il juge que cet avis est injustifié et préjudiciable à son statut socio-économique.

In fine, la décision, pour les salariés, revient au médecin du travail. Celui-ci aura donc besoin des avis de ses confrères (cardiologue, médecin généraliste) qu'il devra confronter aux exigences du poste de travail avant de conclure sur l'aptitude professionnelle du patient.

Enfin, *last but not least*, l'avis du patient sur ses possibilités de reprise est déterminant et sera le premier paramètre à rechercher.

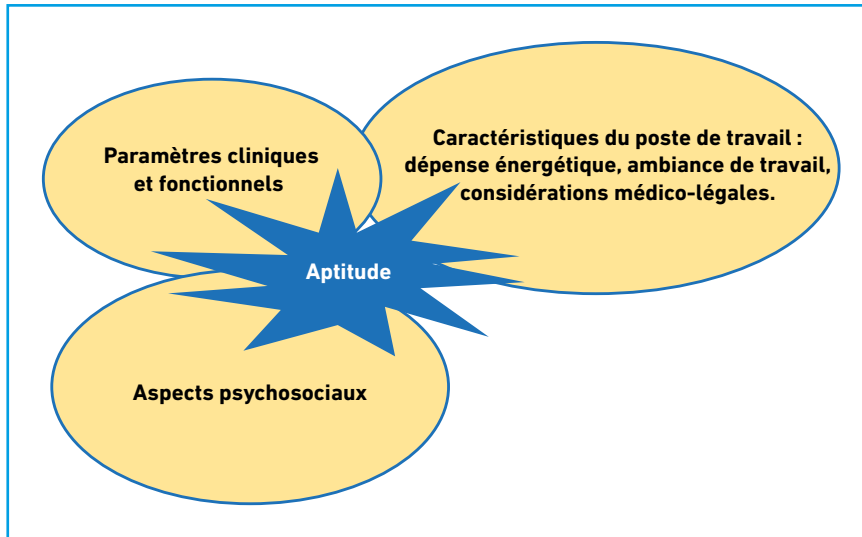


Fig. 1 : Les critères de décision de l'aptitude professionnelle.

■ Les critères de décision

Les paramètres pesant sur la décision et les modalités de reprise professionnelle vont être la résultante des paramètres cliniques et fonctionnels du patient, de la demande énergétique du poste de travail (et dans certains cas des considérations médico-légales liées à ce poste) et des aspects psychosociaux (fig. 1).

1. Paramètres cliniques et fonctionnels

Concernant les paramètres cliniques et fonctionnels, ceux-ci vont être déterminés à partir de critères cliniques (angor résiduel, fatigabilité, stade NYHA de la dyspnée...) et d'examens complémentaires, notamment échocardiographie (mesure de la fraction d'éjection ventriculaire gauche, des pressions de remplissage), Holter ECG des 24 heures en cas de dysfonction ventriculaire gauche, de mort subite récupérée ou de notion de troubles rythmiques en phase aiguë.

Les capacités fonctionnelles seront évaluées par un test d'effort cardiorespiratoire permettant une évaluation objective des capacités physiques aérobies du patient, avec une bonne reproductibilité. Néanmoins, ce test est souvent éloigné des conditions de travail réelles,

en particulier celles liées aux efforts statiques. Ce test d'effort est cependant la pierre angulaire de la décision de réinsertion professionnelle : en effet, aucun autre paramètre, y compris le degré de dysfonction ventriculaire gauche, n'est prédictif des capacités à l'effort.

Les paramètres à recueillir au cours de ce test d'effort sont, bien sûr, l'existence de symptômes, les profils chronotrope et tensionnel au cours du test, l'existence d'une ischémie résiduelle, de troubles rythmiques ventriculaires, mais également les capacités maximales atteintes (puissance, pic de VO_2) ainsi que les critères sous-maximaux dont l'apparition du premier seuil d'adaptation ventilatoire.

2. Le poste de travail et son adéquation avec les capacités du patient

Des abaques permettent d'évaluer l'adéquation entre les résultats du test d'effort et les caractéristiques du poste de travail. Cette évaluation est à relativiser car ces valeurs sont déterminées à partir de personnes saines. D'autres paramètres seront à prendre en considération : les conditions environnementales, de température, de pollution, de bruit, les heures de travail en soulignant l'effet

délétère du travail posté. Dans quelques cas, il sera nécessaire de recourir à la simulation du poste de travail, voire à l'évaluation sur site, pour déterminer les réponses cardiovasculaires aux tâches spécifiques du poste. Pour permettre une bonne tolérance physique, la dépense énergétique maximale atteinte au test d'effort doit être au moins le double de celle de la moyenne du poste occupé.

Enfin, pour quelques professions, des considérations légales et de sécurité sont à prendre en compte. Cela concerne tout particulièrement les chauffeurs professionnels qui sont soumis à un contrôle médical obligatoire. Dans ce contexte, l'arrêté du 16 décembre 2017 modifiant l'arrêté du 21 décembre 2005 fixe la liste des affections médicales incompatibles avec l'obtention ou le maintien du permis de conduire, tant pour les véhicules légers que pour les conducteurs professionnels, notamment dans le cas de pathologies cardiovasculaires qui peuvent être un motif de restriction temporaire ou permanente à la conduite. Ce décret s'applique non seulement aux médecins agréés, mais également *"pour les médecins intervenant dans le parcours de soins, ces mêmes critères doivent guider les recommandations à leurs patients sur la compatibilité de leur pathologie avec la conduite et l'orientation vers un médecin agréé pour évaluer l'aptitude"*.

3. Aspects psychosociaux

Le stress psychosocial (dépression, anxiété généralisée...) est reconnu comme un facteur aggravant le risque de récurrence de maladie coronaire et représente un critère déterminant dans la réinsertion professionnelle [1, 2]. Il devra donc être recherché à l'interrogatoire lors des consultations, en utilisant le cas échéant des auto-questionnaires. À noter, l'intérêt pour quantifier le stress au travail du score de Karasek, évaluant à la fois la demande psychologique, la latitude décisionnelle et le soutien social dans le milieu professionnel.

Revue générale

Enfin, et plus simplement, le doute ou les craintes du patient dans ses possibilités de reprise professionnelle sont un des critères les plus puissants de non-réinsertion [3].

Mark, en 1992 [4], avait déjà noté que les causes médicales ne représentaient que 20 % des raisons de non-reprise contre 69 % de raisons sociodémographiques ou psychologiques.

Le rôle des services de réadaptation

Les services de soins de suite et de réadaptation (SSR), dont ceux spécialisés dans la prise en charge des pathologies cardiovasculaires, ont statutairement l'obligation de conseiller le patient sur son aptitude à la reprise du travail.

La participation à un programme de réadaptation cardiaque offre aux patients une réelle opportunité d'optimiser leurs possibilités de réinsertion professionnelle. En effet, ce séjour de 3 à 4 semaines permet la stabilisation de l'état clinique et l'amélioration des capacités physiques grâce au reconditionnement. Les résultats des épreuves d'effort (notamment charge maximale atteinte et pente ven-

tilatoire VE/VCO₂) sont des paramètres indépendants de retour au travail [5].

Parallèlement, un soutien psychologique permet le cas échéant de diminuer la crainte du retour au travail.

Enfin, l'approche pluri-professionnelle et le contact éventuel (si le patient est consentant) avec son médecin du travail permettent de mieux appréhender les caractéristiques du poste, du stress psychosocial et ainsi d'identifier d'éventuelles barrières à la reprise. Cela est particulièrement important en cas de séquelles cardiaques importantes ou de poste à risques.

Le courrier de sortie (lettre de liaison) doit faire mention des conclusions de l'équipe de réadaptation sur l'aptitude professionnelle. Un double de ce courrier doit être remis au patient pour transmission à son médecin du travail : en effet, sur le plan médico-légal, le cardiologue ne peut transmettre directement ce document au service de médecine du travail. Le patient est en droit de refuser que cette mention apparaisse sur ce courrier : dans cette éventualité, surtout en cas de poste à risques, l'avis du cardiologue et le refus du patient doivent figurer clairement dans le dossier médical.

Quels résultats ?

1. Les taux de reprise

Les décisions possibles après une consultation d'aptitude sont :

- la reprise possible au même poste (cas le plus fréquent) ;
- la reprise possible mais avec des aménagements temporaires (temps partiel thérapeutique) ou permanents ;
- le changement de poste ;
- la contre-indication à la reprise du travail.

L'étude que nous avons menée en 2012 sur 217 patients suivis 2 ans après réadaptation pour un syndrome coronarien aigu retrouvait un taux de reprise de travail de 78 % [6]. L'analyse multivariée des facteurs prédictifs de non-reprise retrouve un âge élevé, la persistance de signes fonctionnels (angor, dyspnée) et un test d'effort positif. À l'inverse, un statut socio-professionnel élevé et une ambiance de travail jugée détendue par le patient constituaient des facteurs de reprise. Ces résultats sont en concordance avec ceux de la littérature (*tableau I*).

2. Les délais de reprise

Une attention particulière doit être portée aux délais de reprise, qui sont par-

Auteur / Année	Nombre de points	% retour au travail / délai (mois)	Suivi (années)	Facteurs prédictifs positifs	Facteurs prédictifs négatifs
Bhattacharyya MR (GB) 2007 [2]	126	80,2 % (3,4)	1		● Arrhythmies ● Récidives ● Dépression
Isaaz K (F) 2010 [7]	200	76 % (4,5)	? > 0,5		● Âge avancé ● Travail manuel ● Célibat
Monpère C Rebotier N (F) 2012 [6]	143	78 % (4,1)	2	● Catégorie socio-professionnelle élevée ● Ambiance de travail détendue	● Âge avancé ● Dyspnée ● Test d'effort positif
Worcester MA (AUS) 2015 [3]	401	79,9 % (4)	1		● Pas d'intention du patient ● Comorbidités (autres que diabète) ● Perception négative de son état de santé
Salzwedel A (D) 2015 [5]	489	76,3 % (2,6)	2	Capacités maximales d'effort élevées	● Pente VE/VCO₂ élevée ● Demande énergétique forte du poste de travail

Tableau I : Taux et délais moyens de reprise du travail : facteurs prédictifs.

POINTS FORTS

- L'aptitude professionnelle résulte d'un travail collaboratif médical.
- Les déterminants en sont les paramètres cliniques et fonctionnels du patient, la nature du poste de travail, mais aussi et surtout le "vécu" professionnel du patient.
- Le taux de reprise moyen est de 80 %, la réadaptation cardiaque permettant d'optimiser le retour au travail, notamment en cas de séquelles importantes.

peuvent être majeures : une attention toute particulière devra être portée sur la durée de l'arrêt de travail, souvent trop longue, et sur le repérage des patients à risque de non-reprise. Le rôle des centres de réadaptation cardiaque est à cet égard fondamental en permettant l'optimisation des possibilités de reprise dans ces populations vulnérables.

BIBLIOGRAPHIE

1. HOUPPE JP. "Comment mettre en œuvre la prise en charge psycho sociale". Cœur et Travail, éditions Frison Roche (2^e édition), 2013.
2. 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;28:160-165.
3. WORCESTER MU, ELLIOTT PC, TURNER A *et al.* Resumption of work after acute coronary syndrome or coronary artery bypass graft surgery. *Heart Lung Circ*, 2014;23:444-453.
4. MARK DB, LAM LC, LEE KL *et al.* Identification of patients with coronary disease at high risk for loss of employment. A prospective validation study. *Circulation*, 1992;86:1485-1489.
5. 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.
6. REBOTIER N. Facteurs influençant la réinsertion socio-professionnelle après syndrome coronarien aigu : résultats à deux ans d'une population après réadaptation cardiaque. Thèse présentée et soutenue publiquement le 1^{er} Octobre 2012 (Faculté de Tours).
7. ISAAZ K, COUDROT M, SABRY MH *et al.* Return to work after acute ST-segment elevation myocardial infarction in the modern era of reperfusion by direct percutaneous coronary intervention. *Arch Cardiovasc Dis*, 2010;103:310-316.

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

Caractéristiques énergétiques du poste de travail	Durées d'arrêt de travail après événement cardiaque aigu (en jours)		
	Préconisations		
	Syndrome coronarien aigu (SCA)	Angioplastie programmée (sans SCA)	Pontages coronariens
Sédentaire	28	7	42
Léger	35	7	56
Modéré	42	14	70
Lourd	60	21	90

Tableau II : Durées moyennes conseillées d'arrêt de travail (d'après CPAM, HAS).

fois prolongés sans réelle justification médicale. Notre étude avait montré qu'un arrêt de travail dépassant 6 mois compromettait gravement les possibilités de reprise ultérieure. La visite de pré-reprise de médecine du travail, qui doit être préconisée chez tout patient après un accident cardiaque, permet de pallier ce risque en préparant les modalités du retour au travail, notamment en cas de nécessité d'aménagement de poste.

La Caisse Primaire d'Assurance Maladie a émis des préconisations sur les délais moyens d'arrêt de travail à observer après un événement cardiaque (**tableau II**). La situation des centres de réadaptation est paradoxale à cet égard car, si de nombreuses études concluent à l'optimisation des taux de reprise par la réadaptation, les délais sont en revanche allongés en raison essentielle-

ment des temps d'attente liés au manque de places dans les structures [3-7]. Ces délais font que nombre de patients actifs renoncent à la réadaptation de peur de perdre leur emploi, s'exposant ainsi à un risque accru de récurrence. De nouveaux modèles de réadaptation cardiaque devront être proposés pour permettre aux patients de travailler tout en suivant un programme de réadaptation : horaires adaptés, réadaptation "hybride" (phase courte ambulatoire puis réadaptation à domicile), télé-réadaptation...

Conclusion

La reprise du travail est le plus souvent possible après un accident cardiaque. Néanmoins, pour les 20 % de patients ne reprenant pas le travail, les conséquences sur le plan individuel ou social