L'indispensable en cardiologie pour le médecin du travail

Les journées Jean Bertran

AUTEUR :

M.A. Gautier, département Études et assistance médicales, INRS

Parmi les objectifs de l'association *Cœur et travail* figure celui de la mise à jour des connaissances cardiologiques utiles pour les médecins et les infirmier(-ière)s en santé au travail. Dans ce cadre, elle organise régulièrement des journées, dont la dernière s'est déroulée le 28 septembre 2017 sous la présidence du *Pr A. Chamoux* (Clermont-Ferrand) et du *Dr B. Pierre* (Marcy l'Étoile).

F. Carré (Rouen) a abordé le suivi médical des sportifs de haut niveau qui est double. D'une part le médecin de la fédération a pour mission de dépister le dopage ; il peut avoir recours à un médecin expert. D'autre part le médecin du club sportif évalue les capacités physiques du sportif, assure le suivi de l'entraînement et le traitement des lésions éventuelles. Dans cette organisation, le médecin du travail n'a pas de place définie. Il faudrait, pour lui permettre d'évaluer l'aptitude du sportif salarié à assumer son poste selon ses capacités et ses conditions de travail, qu'un lien avec le médecin du club soit formalisé et qu'il ait une formation spécifique pour le suivi des sportifs.

La nécessité d'une prise en compte de la singularité de l'opérateur pour la détermination de l'aptitude et l'évaluation des contraintes physiques et psychologiques au travail a été rappelée par *A. Chamoux*. L'évolution de la médecine du travail vers la pluridisciplinarité a conduit à mesurer cette pénibilité pour un poste de travail et non pour un salarié. Il y a donc un risque de confusion entre les contraintes d'un poste de travail, la mesure de la charge d'un poste de travail et la pénibilité ressentie par le travailleur faisant face à ses contraintes professionnelles. Considérer les facteurs individuels, ainsi que l'ambiance thermique ou la durée quotidienne du travail est utile pour définir la charge maximale acceptable et tolérable. La mesure objective de la fréquence cardiaque rend compte de la combinaison de ces effets et de l'adaptation de l'individu à son poste. La charge de travail caractérise bien l'exposition professionnelle mais ne rend pas compte des capacités de chacun. L'ergonome peut étudier l'ensemble des contraintes d'un poste et c'est le médecin du travail qui a les capacités d'évaluer les facteurs individuels qui permettront de déterminer l'aptitude du salarié.

L. Iserin (Paris) s'intéresse au devenir des patients souffrant de cardiopathies congénitales. Chez 45 % de ces patients devenus adultes, ces cardiopathies sont guéries, malgré la persistance des cicatrices myocardiques à risque arythmogène (communication interauriculaire, ou interventriculaire - CIA ou CIV- opérées dans l'enfance). Dans 40 % des cas, ce sont des cardiopathies dites modérées (tétralogie de Fallop) dont les séquelles possibles (dilatation du ventricule droit) peuvent nécessiter un changement de valve et conduire à des troubles du rythme avec des morts subites à l'âge adulte (risque augmenté par l'effort). Enfin, dans 15 % des cas, ce sont des cardiopathies graves (cyanogènes), avec une insuffisance cardiaque justifiant une reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé. Une collaboration entre le médecin du travail et le cardiologue est indispensable pour la prise en charge de l'ensemble de ces salariés. En effet, la moitié des patients est perdue de vue des services de cardiologie et un des modes de « reprise en charge » est l'orientation par le médecin du travail. De plus, les échanges entre le médecin du travail et le cardiologue permettent d'adapter au mieux le poste

de travail selon la spécificité de la cardiopathie dont souffre le salarié.

P. Moulin (Bron) a insisté sur l'importance du rôle du médecin du travail dans le parcours de soin des travailleurs diabétiques ou souffrant de dyslipidémie, afin que les nouvelles modalités thérapeutiques, employées de façon adaptée, permettent le maintien au poste. Pour le diabète de type 1, l'utilisation des lecteurs de glycémie en continu avec des capteurs sous-cutanés et des pompes à insuline diminue les risques d'hypoglycémies inacceptables au poste. De même, dans le diabète de type 2, de nouveaux traitements, tels que les gliptines, les agonistes GLP1 et les gliflozines associés à la metformine, n'exposent plus à l'hypoglycémie et permettent une baisse de l'incidence d'évènements cardiovasculaires majeurs. Le médecin du travail peut également assurer le dépistage effectif de la pathologie (en France, 500 000 diabétiques de type 2 seraient non dépistés) et vérifier qu'un traitement adapté soit instauré, bien suivi et sans complications. Enfin, le médecin du travail peut également participer au dépistage des dyslipidémies, inciter au sevrage tabagique et à l'observance des conseils hygiéno-diététiques, et vérifier que le traitement prescrit est adapté (statines) chez les salariés à risque cardiovasculaire.

H. Douard (Pessac) a rappelé que les douleurs thoraciques sont un motif de consultation et de plainte très fréquent. En milieu de travail, pour la recherche de leur étiologie, le médecin du travail ne dispose que de moyens limités. Il devra s'attacher à différencier les urgences cardiovasculaires pouvant mettre en jeu le pronostic vital (syndrome coronarien aigu, embolie pulmonaire et dissection aortique), des symptômes d'origine psychogène (les plus fréquents). Le médecin du travail, face à un salarié ayant une symptomatologie inquiétante, doit organiser les secours pour une prise en charge rapide et adaptée.

En tant que cardiologue et médecin du travail, *F. Locher* (Paris) a fait une mise au point sur l'impact cardiovasculaire du travail de nuit ou en horaires décalés. Tout d'abord, il a rappelé que « *le travail de nuit doit rester exceptionnel et prendre en compte les impératifs de protection de la santé et de la sécurité des travailleurs* ». Ces vingt dernières années, de nombreuses études épidémiologiques ont mis en évidence un lien entre le travail de nuit et/ou posté et le risque cardiovasculaire. En juin 2016, l'expertise de l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES) a distingué trois types d'effets sur la santé du travail de nuit : avérés (somnolence, qualité et quantité du sommeil, existence d'un syndrome métabolique), probables (facteur de risque de certains cancers, effet sur la santé psychique, les performances cognitives, l'obésité et la prise de poids, le diabète de type 2, la maladie coronarienne) et possibles (dyslipidémies, hypertension et accident vasculaire cérébral). Le service de santé au travail a donc un rôle à jouer dans la prévention de ces effets. D'une part il a la connaissance des expositions professionnelles et de leurs caractéristiques et peut donc conseiller des mesures préventives pour minimiser les effets de ces horaires. D'autre part il participe au suivi médical adapté de ces travailleurs tel qu'il est recommandé par la Haute autorité de santé (HAS) (2012). Pour rappel, la périodicité des visites des travailleurs de nuit ne peut excéder 3 ans.

Comme le rappelle *B. Pierre*, la dyspnée est une plainte très fréquente. En médecine du travail, l'analyse clinique fine des symptômes et des prédispositions du patient est fondamentale afin d'orienter efficacement les salariés en médecine de soin. Il s'agit de rechercher quel est le type de dyspnée, comment elle est tolérée, la quantifier à l'effort, collecter les antécédents et enfin examiner attentivement le patient. Les trois principales causes de dyspnée sont l'avancée en âge, le surpoids et le déconditionnement à l'effort. Mais il existe également des dyspnées d'origine psychogène et des causes plus graves à côté desquelles il ne faut pas passer (pathologies cardiovasculaires ou pulmonaires).

Les dernières avancées thérapeutiques en cardiologie ont été présentées par *P. Attali* (Strasbourg). Celles-ci participent à la qualité du suivi des salariés en santé au travail. En cardiologie interventionnelle, les progrès récents sont représentés par la pause de stents actifs pour le traitement des insuffisances coronariennes, l'explosion des indications des TAVI (implantation percutanée de valve aortique) ou du Mitraclip (système de fermeture mitrale percutané) en chirurgie valvulaire et les traitements par isolation des veines pulmonaires ou par pose de défibrillateur sous-cutané lors de troubles du rythme. Pour les traitements médicamenteux, on assiste à l'avènement des anticoagulants oraux directs (AOD) dont le grand intérêt réside en l'absence de surveillance biologique astreignante. Pour le traitement des hypercholestérolémies, on utilise maintenant l'ézetimibe en sus des statines et les anticorps monoclonaux anti PCSK9.

J.P. Houppe (président de l'association MEDITAS-CARDIO) a évoqué « le Bonheur au travail, impact sur la santé cardiovasculaire ». Depuis plusieurs années, les données de la littérature confirment que le stress

psychosocial, dont celui rencontré au travail, est un facteur de risque des pathologies cardiovasculaires. Le stress au travail provoquerait une augmentation de l'absentéisme, du risque d'accident du travail et diminuerait la motivation des salariés. En 2012 et en 2016, la Société européenne de cardiologie a recommandé la prise en charge du risque psychosocial pour réduire le risque coronarien. En parallèle, la souffrance individuelle au travail et les facteurs de risque collectifs dont elle découle sont des préoccupations majeures pour les services de santé au travail. Le développement d'une prévention primaire efficace, ayant pour objectif d'accroître le bien être de l'individu dans sa vie personnelle et professionnelle, est donc un objectif majeur en santé au travail. Depuis les années 1990, la recherche scientifique tend à démontrer que la recherche du bonheur a un effet positif sur le bien-être psychologique, sur la santé globale et cardiovasculaire en particulier. La promotion du bonheur au travail aurait donc un double intérêt : diminuer le risque cardiovasculaire tout en augmentant la performance de l'entreprise.

J. Valty a clôturé la journée sur les conditions de réussite de la prévention individuelle des maladies cardiovasculaires dans le milieu du travail. Le pronostic de ces maladies s'est amélioré grâce à la meilleure prise en charge de l'hypercholestérolémie et de l'hypertension artérielle. Mais de nombreux comportements à risque persistent et leur suppression est généralement perçue comme une série d'interdits désagréables. Le levier qui semble le plus efficace pour agir sur ces facteurs de risque est la motivation intrinsèque des salariés qui prend en compte les facteurs personnels et professionnels de chacun. Les professionnels de santé des services de santé au travail doivent, plutôt que d'avoir des discours culpabilisants et répressifs, aider les salariés à mobiliser ces facteurs de motivation. Une formation plus généralisée des équipes en santé au travail à l'entretien motivationnel pourrait permettre d'atteindre ces objectifs.